



Accompagnement en salle de naissance des femmes avec un antécédent de mort fœtale in utéro : analyse du point de vue d'un panel de sages-femmes

Christina Obertsauber

► To cite this version:

Christina Obertsauber. Accompagnement en salle de naissance des femmes avec un antécédent de mort fœtale in utéro : analyse du point de vue d'un panel de sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2015. <dumas-01191879>

HAL Id: dumas-01191879

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01191879>

Submitted on 15 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 30 juin 2015

par

Christina OBERTSAUBER

Née le 12/11/1990

**Accompagnement en salle de naissance des
femmes avec un antécédent de mort fœtale
in utéro**

Analyse du point de vue d'un panel de sages-femmes

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame Christèle VEROT

Sage-femme enseignante, école de sages-femmes
Baudelocque

JURY :

Madame SANTRAINE Madeleine
Madame LEMETAYER DARTOIS Marie-Françoise
Madame VIAUX Sylvie

Sage-femme
Sage-femme enseignante, Baudelocque
Psychiatre, Pitié Salpêtrière

N° 2015PA05MA18

Remerciements

En premier lieu je voudrais consacrer une grande partie de mes remerciements à ma directrice de mémoire, Madame Christèle Vérot, qui m'a guidée tout au long de ce travail de fin d'études. Son aide m'a été très précieuse. En effet, durant nos rendez-vous réguliers ou encore nos communications en dehors de ceux-ci, elle a su trouver les mots justes pour m'aider et me remotiver dans les moments difficiles.

De plus, Madame Vérot a été une enseignante exemplaire dans l'école de sages-femmes durant ces quatre années où j'ai eu la chance de l'avoir comme sage-femme référente.

Je remercie également Madame Sylvie Duquenois pour son aide incontestable à l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci aux étudiantes sages-femmes qui ont participé au test de l'entretien et m'ont permis d'améliorer mon travail.

Enfin, un immense merci aux sages-femmes qui se sont prêtées à l'analyse de mon étude.

Table des matières

Liste des annexes	I
Introduction.....	1
Première partie Matériel et méthodes.....	8
1.1 Problématique et hypothèses.....	8
1.1.1 <i>Problématique</i>	8
1.1.2 <i>Objectif</i>	8
1.1.3 <i>Hypothèses</i>	8
1.2 Méthodologie pour réaliser l'étude	9
1.2.1 <i>Elaboration du guide d'entretien et test</i>	9
1.2.2 <i>Durée et lieux de l'étude</i>	9
1.3 Les entretiens	10
1.3.1 <i>La réalisation des entretiens</i>	10
1.3.2 <i>Le contenu de l'entretien</i>	10
1.3.3 <i>Nombre et durée des entretiens</i>	11
1.4 Description de la population.....	11
1.4.1 <i>Profil de la population</i>	12
1.4.2 <i>Répartition de la population en 3 groupes</i>	12
Deuxième partie Analyse des résultats et discussion	14
2.1 Vulnérabilité des patientes, point de vue des sages-femmes.....	14
2.1.1 <i>Souvenir de la MFIU</i>	14
2.1.2 <i>Peur de la répétition</i>	15
2.1.3 <i>Peur de l'accouchement et du mauvais état néonatal</i>	16
2.2 Place de la sage-femme lors du suivi du travail des patientes avec antécédent de MFIU	18
2.2.1 <i>Emotions « positives »</i>	18
2.2.2 <i>Emotions « négatives »</i>	20
2.2.3 <i>Identification de la sage-femme à la patiente</i>	23
2.3 Rôle de la sage-femme	25
2.3.1 <i>Evocation de l'antécédent de MFIU avec les patientes : point de vue des sages-femmes</i>	25
2.3.2 <i>Accompagnement nécessaire : « patiente à entourer »</i>	36
2.3.3 <i>Difficultés ressenties lors de l'accompagnement</i>	42
2.4 Axes d'amélioration.....	46
2.4.1 <i>Forces et limites de l'étude</i>	46
2.4.1.1 <i>Forces</i>	46

2.4.1.2 Limites	47
2.4.2 <i>Propositions pour un accompagnement optimal</i>	47
2.4.2.1 Mieux former pour mieux accompagner : permettre aux sages-femmes d'acquérir plus d'expérience	47
2.4.2.2 Travailler dans un réseau de soin	51
2.4.3 <i>Conseils des sages-femmes</i>	52
Conclusion	55
Bibliographie	57

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire d'entretien	62
Annexe II : Entretien d'Anna, groupe A.....	66
Annexe III : Entretien de Belinda, groupe B.....	71
Annexe IV : Entretien de Clara, groupe C	77

Introduction

La sage-femme occupe une place primordiale auprès des femmes. En plus du suivi gynécologique d'une femme en bonne santé, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant », dans le domaine de la physiologie. (1)

Comme dans toute profession de soin, l'exercice nécessite une grande part d'humanité. En effet, un des rôles essentiels de la sage-femme est l'accompagnement des femmes, que ce soit lors de la grossesse, de l'accouchement ou dans le post-partum.

D'après le dictionnaire français Larousse, *accompagner* c'est « être avec quelqu'un, lui tenir compagnie ». En réalité cette notion suppose une véritable démarche d'une personne envers une autre.

En effet, cela implique une présence vivifiante, un état d'ouverture à l'autre, c'est-à-dire une capacité de mise à bonne distance, ni trop loin (esprit détaché) ni trop prêt (s'identifier), pour entendre l'accompagnée, le comprendre, lui permettre d'exprimer ses sentiments ou encore l'aider à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts (2).

Cependant, il ne s'agit pas de décider à sa place, de lui imposer ce que l'on pense être bon pour lui : « accompagner n'est ni assister, ni décider, ni agir, ni assumer à la place de l'autre, (...) il revient néanmoins à l'accompagnant d'aider l'autre à se décider, à agir, et à (s') assumer ». (3)

De plus, il faut savoir accepter que celui qu'on accompagne n'ait pas nécessairement la même vision des choses. Ainsi, « la tolérance nous semble un

préambule à toute démarche d'accompagnement ». (4) Dans un tel acte, le respect de la personne est primordial.

Il s'agit alors de rendre actif celui qu'on accompagne dans sa démarche de 'guérison', c'est-à-dire lui rendre son autonomie. Il faut le laisser choisir son mode de vie : c'est la notion de *capabilité*, ou encore le faire se réapproprier son pouvoir comme le définit le terme *empowerment*, afin que celui-ci ne se sente pas rabaissé et que le soignant ne soit pas dans un rapport de supériorité par rapport au soigné.

Dans l'accompagnement, il faut également être attentif à ne pas tomber dans le piège de l'identification, du transfert ou du contre-transfert. En effet, l'identification se produit lorsque les caractéristiques physiques, sociales ou mentales des deux protagonistes se ressemblent.

« L'identification est douloureuse pour le soignant et oblitère ses capacités professionnelles » (5). On parle de transfert lorsque le patient projette ses sentiments sur le professionnel de santé, et de contre-transfert lorsque le soignant éprouve des sentiments pour son patient.

Pour un accompagnement optimal, le soignant doit pouvoir mettre ses pensées, son propre vécu et ses sentiments de côté. Il sera ainsi disponible pour écouter son prochain sans se réapproprier son histoire.

« Plus nous serons à l'écoute de notre vécu émotionnel, mieux nous percevrons une situation donnée et moins nous serons soumis à l'emprise relationnelle » (5).

Accompagner est donc un acte difficile, surtout lorsque survient un impondérable dans un lieu tel que la maternité. Celle-ci est considérée comme un endroit où a lieu le début de la vie, synonyme d'un heureux événement. Malheureusement, la mort y est aussi présente. La mort dans notre société est un sujet tabou qu'il est alors difficile d'aborder.

La confrontation à la mort en maternité est une situation assez régulière. En effet, le taux d'enfants nés sans vie est de 9,2 pour 1.000 naissances en France. Ce taux est le plus élevé d'Europe. (6)

De plus, suivre le travail d'une femme et réaliser son accouchement lors d'une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) ou d'une Mort Fœtale In Utéro (MFIU) fait partie du rôle d'une sage-femme en salle de naissance.

Or, chaque sage-femme a une histoire personnelle, une sensibilité différente et leurs expériences peuvent agir sur leurs prises en charge ultérieures.

Par ailleurs, aucune sage-femme quels que soient l'âge ou le lieu d'exercice, ne reste indifférente à la question de la mort en maternité (7).

Dans une étude sur le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance, les résultats montrent que les deux tiers des sages-femmes considèrent que ce rôle est difficile, notamment sur le versant psychologique du soutien à apporter aux couples et la gestion de ses propres émotions. Les sentiments les plus évoqués par celles-ci sont la compassion et la tristesse. De plus, toutes les sages-femmes, sauf une, ont déclaré qu'il leur arrivait de penser à ces situations après le travail (8). Ceci montre à quel point une sage-femme peut être affectée par ces situations délicates. Le vécu d'une sage-femme lors de la prise en charge d'une IMG peut se rapprocher de celui de l'accompagnement d'une MFIU, puisqu'il s'agit, dans les deux cas, de la mise au monde d'un enfant mort-né et de deuil.

Ce vécu a-t-il une répercussion sur la prise en charge de ces patientes lors d'une nouvelle grossesse ?

De plus, les sages-femmes qui qualifiaient moins souvent leur rôle de difficile, travaillaient en Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) ou avaient effectué un grand nombre d'IMG. (8)

Egalement, d'après l'étude de Fanny Chambon, pour 78% des étudiants sages-femmes interrogés, seul le deuil d'une personne de la famille servirait réellement dans le cadre professionnel pour un meilleur accompagnement (9).

Cependant, une autre étude rapporte, dans les propos des sages-femmes, que l'expérience ne change en rien le retentissement émotionnel de ces situations (7).

Au final, l'expérience de la sage-femme a-t-elle une répercussion sur son accompagnement des femmes lors d'une nouvelle grossesse, après un antécédent de MFIU?

Un événement tel qu'une MFIU peut avoir une incidence sur la prochaine grossesse. Or, l'état de grossesse en lui-même rend déjà la femme vulnérable.

« Une personne vulnérable est quelqu'un qui peut être facilement blessé. L'homme est vulnérable, c'est à dire qu'il (le malade) a besoin de l'autre et qu'il (le soignant) est atteint par la souffrance de l'autre, par sa dépendance » (10).

D'après le dictionnaire Larousse, une personne *vulnérable* est quelqu'un qui est exposé à recevoir des blessures, des coups.

En psychiatrie, ce terme désigne une « fragilité de la personnalité l'exposant à des réactions pathologiques aux événements et aux circonstances de l'existence, ainsi qu'à l'apparition de troubles mentaux caractérisés, transitoires ou durables » (11).

Enfin, dans le code pénal, la vulnérabilité est définie par un âge avancé, une maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou encore par un état de grossesse (12).

La vulnérabilité peut donc être physique (handicap, maladie), sociale (isolement), civile, pénale (victime de violences) ou psychique (deuil, dépression, maladie mentale).

La grossesse est une période de grande vulnérabilité.

Le psychanalyste Paul-Claude Racamier fut un des premiers à s'intéresser au psychisme de la femme enceinte. Il a défini la « maternalité » comme un processus psychique inhérent au devenir mère. C'est l'ensemble des élaborations psychiques qui se déroulent lorsqu'on devient mère. Ce processus s'enracine dans l'histoire infantile de la femme.

Pour Monique Bydlowski, c'est une période de remaniements psychiques pour toutes les femmes enceintes. Elle parle, notamment, de la transparence psychique qui est un état particulier d'hypersensibilité dans lequel des fragments d'inconscient vont venir à la conscience. En effet, la barrière de résistance entre le conscient et l'inconscient est abaissée.

Une femme enceinte vit un questionnement intérieur en repensant son passé et fait le parallèle avec son devenir, avec le devenir de son enfant.

Ces modifications psychiques sont normales, nécessaires et permettent à la femme d'aménager la place de l'enfant à venir, de l'enfant en elle et la nouvelle place de mère.

Durant la gestation, la femme assimile peu à peu la présence d'un « corps étranger » en elle-même et crée une véritable « poche de rêverie » qui nourrit l'enfant affectivement. En effet, ces rêveries sont, en grande partie, chargées d'idéalisations. La future mère considère son enfant comme la partie la plus précieuse d'elle-même. Ses élaborations psychiques lui permettent de créer l'image d'un enfant idéal, qui va être capable de réparer les échecs et les déceptions de ses propres parents (13).

Elle s'attache ainsi progressivement à cet enfant imaginaire qu'elle voit déjà né et dans un futur proche.

Lorsque survient une mort fœtale in utero, la femme vit un véritable traumatisme psychique : toutes ses rêveries sont subitement effondrées et elle passe dans un processus de deuil.

« Le deuil n'est pas une maladie, c'est un processus normal d'adaptation à la perte d'un objet d'attachement » (14).

Le deuil comprend schématiquement quatre phases : la sidération (refus de la réalité), la nostalgie (expression de nombreux sentiments comme la tristesse, la peur, la culpabilité), la désorganisation (accompagnée d'un sentiment de désespoir) et l'acceptation de la réalité (15).

Néanmoins, le deuil périnatal est très caractéristique : la perte de l'enfant correspond à la perte d'une partie de soi. En effet, l'enfant perdu n'est, dans ce cas, pas encore différencié de l'enfant imaginaire (14). Le deuil périnatal comprend plusieurs pertes simultanées : perte réelle d'un enfant rêvé, perte d'un statut (la maternité), la détérioration de l'estime de soi (sentiment d'incapacité à donner la vie) (16).

Ainsi, le risque de dépression maternelle est augmenté jusqu'à 9 fois par rapport aux mères de nouveau-nés en bonne santé. Cette dépression peut persister jusqu'à 3 ans après l'accouchement (17), ce qui signe une vulnérabilité accrue de ces femmes.

Le deuil périnatal ne peut se résoudre dans un certain nombre de cas qu'après la naissance d'un enfant vivant. Ceci permet d'appréhender pourquoi, dans certains cas, la grossesse suivante se déroule dans un état de deuil.

Il n'est, d'ailleurs, pas rare de voir que « les mères ayant vécu une grossesse interrompue, réessaient d'être enceintes et une majorité accouche à nouveau » (18).

Lors de la grossesse suivante, les femmes se disent inquiètes et anxieuses à propos de leur grossesse et ont le sentiment d'avoir perdu leur innocence et leur joie d'être enceinte. Ce sentiment d'anxiété et d'incertitude est majoré en fin de grossesse, pendant l'accouchement et la naissance. En effet, ces moments précis sont ceux qui leur rappellent au maximum l'événement traumatique de leur passé, souvent proche de la MFIU.

Ces femmes évoquent, le plus souvent, trois types de sentiments lors de la nouvelle grossesse : la peine, l'anxiété et la culpabilité (19).

La peine est associée aux souvenirs douloureux de la grossesse précédente, ainsi qu'à la confrontation avec les autres femmes enceintes, qui crée un sentiment de jalousie.

L'anxiété est liée à la peur de la récurrence. Les femmes se disent être plus vulnérables pour supporter à nouveau une perte périnatale.

Enfin, la culpabilité est liée à la crainte que la nouvelle grossesse et l'enfant à venir effacent le souvenir de l'enfant précédent (19).

Ces femmes ne se réjouissent pas de cette nouvelle grossesse, n'osent pas parler de celle-ci, par crainte d'engendrer le malheur de la répétition. Souvent, elles essaient de faire tout l'inverse de ce qu'elles ont fait lors de la précédente grossesse. Par exemple une femme avec un antécédent de MFIU « peut tenter d'isoler tout ce qui a été fait (synonyme de mort) et de ne mettre à la place que du neuf (synonyme de vie) et ainsi cliver les deux grossesses, dans une énergie qui ne pourra mener, se dit-elle, qu'à la vie » (18).

Ces éléments accentuent leur culpabilité.

Durant le suivi de ces femmes, il est donc essentiel de les rassurer, de leur proposer un accompagnement où elles seront libres de reparler de leur antécédent de MFIU, afin de faire une place à chaque enfant.

Au moment de l'accouchement, certaines appréhendent tellement celui-ci qu'il se termine par une césarienne en urgence, dans le cas où les femmes n'ont pas eu de césarienne programmée : « quelques femmes perdent pied à l'instant d'accoucher

probablement parce que cette dynamique est trop forte et trop imbibée d'angoisses » (18).

Certaines, au contraire, veulent vivre un accouchement normal. D'autres désirent même réparation en regrettant de ne pas avoir vécu un accouchement, mais, tout au plus, une expulsion. (18)

Comment les sages-femmes accompagnent-elles ces patientes vulnérables dans ce moment très particulier qu'est le travail et la naissance de l'enfant suivant ? Arrivent-elles à faire abstraction de leurs propres sentiments et à trouver leur juste place face à ces femmes ? Leur propre vécu, leur expérience et le sentiment que leur procure cette situation modifient-ils la prise en charge ?

Afin de répondre à nos questionnements, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 20 sages-femmes cliniciennes.

Dans un premier temps nous allons vous présenter les matériels et méthodes de notre étude. Cette première partie comprendra la description de notre méthodologie pour réaliser les entretiens ainsi que leur contenu, puis la description de notre population.

Dans un deuxième temps, nous allons analyser les résultats en les discutant. Cette partie comprendra, tout d'abord, le point de vue des sages-femmes concernant la vulnérabilité des patientes. Puis, nous allons considérer la place de la sage-femme lors du suivi du travail de ces femmes, c'est à dire que nous allons étudier les sentiments ressentis par les sages-femmes dans ces situations.

Ensuite, nous continuerons l'analyse des résultats en développant le rôle de la sage-femme durant la prise en charge de l'accouchement d'une patiente avec un antécédent de MFIU. Les éventuelles difficultés seront également décrites.

Enfin, nous décrirons les forces et les limites de notre étude, avant de proposer des axes d'amélioration pour un accompagnement optimal des patientes en question.

Première partie

Matériel et méthodes

1.1 Problématique et hypothèses

1.1.1 Problématique

Comment les sages-femmes accompagnent-elles les patientes avec un antécédent de MFIU lors de l'accouchement de l'enfant suivant ?

1.1.2 Objectif

Notre objectif principal était d'étudier l'attitude des sages-femmes, en salle de naissance, face à la vulnérabilité des patientes ayant eu, dans leurs antécédents, une MFIU.

1.1.3 Hypothèses

Notre première hypothèse supposait que les femmes, avec un antécédent de MFIU, sont vulnérables aux yeux des sages-femmes.

Notre deuxième hypothèse stipulait que les sages-femmes, ayant une expérience importante de la prise en charge des patientes en deuil, ont une attitude différente face à ces patientes, par rapport aux sages-femmes qui ont une faible expérience de ces situations.

Notre troisième hypothèse était que l'expérience des sages-femmes d'accompagner une femme lors d'une IMG ou d'une MFIU, et donc l'expérience de la confrontation à la mort, leur permet de mieux accompagner ensuite les femmes avec un antécédent de MFIU.

1.2 Méthodologie pour réaliser l'étude

1.2.1 Elaboration du guide d'entretien et test

Notre étude est une étude qualitative.

Nous avons décidé de mener cette étude auprès des sages-femmes par le biais d'entretiens semi-directifs.

Après l'élaboration d'un plan d'entretien, nous avons voulu tester celui-ci.

Nous avons réalisé ce test auprès d'étudiantes sages-femmes en Master de Maïeutique de l'école de Baudelocque. Celles-ci ont été ciblées car, en tant que sages-femmes dans un futur proche, leur avis nous intéressait. De plus, elles étaient rapidement accessibles et comprenaient bien l'enjeu du mémoire. Elles se sont donc prêtées facilement au test.

Afin de reproduire au maximum la mise en situation ultérieure avec les sages-femmes, ces entretiens ont été réalisés en face à face avec les étudiantes de quatrième année et par téléphone avec celles de dernière année.

Les entretiens ont été enregistrés et chronométrés.

La période du test s'est étendue du 2 mai au 1^{er} juin 2014, soit sur une période de 1 mois.

Au total 11 entretiens ont été réalisés, d'une durée moyenne de 16 minutes.

Ce test nous a amené à modifier légèrement le plan d'entretien, grâce aux remarques, aux réponses ou encore aux incompréhensions des étudiantes.

Le plan a ensuite été validé par la directrice du mémoire et l'accord, pour commencer l'étude, a été obtenu.

1.2.2 Durée et lieux de l'étude

Notre étude a débuté 2 semaines après le test et s'est déroulée du 15 juin au 12 octobre 2014, soit une période de quatre mois.

Les entretiens ont été menés, d'une part, à la maternité de Port-Royal (PR), maternité de type III et, d'autre part, à l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM), maternité de type I, toutes les deux situées à Paris, dans le quatorzième arrondissement.

Le fait de choisir deux types de maternités nous a permis de recueillir des expériences différentes de la prise en charge d'un accouchement d'un enfant mort-

né. En effet, cet événement arrive statistiquement plus souvent en maternité de type III qu'en maternité de type I.

La maternité de PR nous semblait être un lieu ayant une diversité de profils des sages-femmes qui pourrait représenter la population globale des sages-femmes.

1.3 Les entretiens

1.3.1 La réalisation des entretiens

Les sages-femmes ont été sollicitées lors de stages que nous avons effectués dans différents services durant la période d'étude (suites de couches, salle de naissance, urgences, grossesses à haut risque), en leur exposant le sujet de notre mémoire. Lorsque les sages-femmes étaient volontaires pour y participer, nous avons effectué l'entretien soit dans la même journée, si le temps de travail nous le permettait, soit en fin de garde.

Malheureusement, certains entretiens n'ont jamais pu être réalisés par manque de temps, charge de travail trop importante ou report du jour de l'entretien qui a finalement été hors des dates de l'étude.

Au total 3 entretiens « programmés » n'ont pas été réalisés.

Les entretiens ont été enregistrés (avec l'accord préalable des participantes), ce qui nous a permis, dans un premier temps, de nous concentrer sur les réactions et les éventuelles mimiques des participantes, et, dans un deuxième temps, de les retranscrire mot à mot afin d'en faire une analyse fine.

A la fin de chaque entretien, il était demandé aux sages-femmes de ne pas divulguer le contenu de l'entrevue, afin de ne pas influencer les réponses de leurs collègues.

1.3.2 Le contenu de l'entretien

La grille d'entretien était composée de 27 questions, dont 17 sur le sujet du mémoire et 10 pour déterminer la population. Les 17 premières questions étaient fonction du statut de la sage-femme, selon qu'elle ait déjà suivie une patiente avec un antécédent de mort-fœtale in utéro, ou non. Chaque question posée était suivie,

entre parenthèses, d'une question reformulée ou des éléments de réponses possibles pour aider la sage-femme à répondre si besoin. Certaines questions contenaient des sous-questions.

L'entretien commençait par une question générale, pour savoir si les sages-femmes pensaient que les femmes avec antécédent de MFIU sont en effet vulnérables ou non, et pourquoi. Les quatre questions suivantes étaient ciblées sur ce que pensaient les sages-femmes en amont du suivi du travail de ces femmes (au moment de la prise de connaissance du dossier, du premier contact, projections).

Ensuite, nous les interrogeons sur leur façon de procéder, sur les réactions et les éventuelles appréhensions qu'elles pouvaient avoir face à l'évocation du sujet de l'antécédent de MFIU avec les patientes (questions 6 à 9). Les questions suivantes concernaient le ressenti des sages-femmes lors de leur prise en charge de ces patientes (10 à 14), puis des questions d'ouverture : l'expérience aide-t-elle pour cette prise en charge ? Est-ce difficile de suivre ces femmes ? Ont-elles des souvenirs ou des éléments marquants de ces prises en charge (questions 15 à 17) ? Enfin, les dix dernières questions (18 à 27) portaient sur des renseignements généraux (âge, nombre d'années d'expérience et dans quel type de maternité etc.).

1.3.3 Nombre et durée des entretiens

Nous avons réalisé au total 20 entretiens individuels semi-directifs. Tous ont été réalisés au sein de la maternité, dans un endroit calme du service. Leur durée variait entre 9 minutes et 17 secondes et 18 minutes et 14 secondes, avec une moyenne de 14 minutes.

1.4 Description de la population

Notre population était constituée au total de 20 sages-femmes, dont 5 de la maternité de type I (IMM) et 15 de la maternité de type III (PR). Toutes étaient de sexe féminin.

Pour une raison de confidentialité, chaque participante interviewée a été rebaptisée par un prénom, différent du prénom réel.

1.4.1 Profil de la population

L'âge des sages-femmes variait entre 24 ans, pour la plus jeune, et 45 ans, pour la plus âgée, avec une moyenne d'âge de 30 ans pour notre échantillon.

De même, le nombre d'années d'exercice variait entre 10 mois et 22 ans, avec une moyenne de 7 ans environ.

Parmi cette population, 6 sages-femmes avaient des enfants.

Les sages-femmes du type III, ont le plus souvent travaillé uniquement dans ce type de maternité ou parfois dans un service de type II. Parmi les sages-femmes du type I, une a déjà exercé dans un type II et III et 4 ont toujours travaillé dans la même maternité de type I.

La totalité des sages-femmes a majoritairement travaillé en salle de naissance durant leur carrière.

Les autres services, où la plupart des participantes ont exercé, sont les suites de couches et les hospitalisations de grossesses à haut risque.

Les sages-femmes de notre panel déclaraient avoir pris en charge entre 2 et 50 fois l'accouchement de femmes porteuses d'un enfant mort-né, ou ayant un antécédent de MFIU.

Concernant les formations continues, seule une sage-femme a suivi une formation sur l'accompagnement du deuil périnatal, une avait un diplôme interuniversitaire (DIU) de psychopathologie, une un DIU sur la périnatalité et, enfin, une autre un DIU d'échographie.

Parmi les 20 sages-femmes interrogées, 14 ont connu un deuil familial, une a connu un deuil périnatal personnel et 5 n'ont jamais vécu de deuil.

1.4.2 Répartition de la population en 3 groupes

Nous avons réparti la population en 3 groupes distincts A, B, C, en fonction de l'expérience des sages-femmes, en ce qui concerne l'accompagnement de femmes accouchant d'un enfant mort-né ou ayant un antécédent de MFIU.

Le groupe A est constitué de 7 *sages-femmes* que nous nommerons : Anna, Amandine, Armelle, Amélie, Alice, Adèle, Adeline.

Dans leur expérience professionnelle, elles ont suivi, *au plus 5 fois*, le travail d'une femme avec un *antécédent de MFIU*. Elles ont toutes accompagné *moins de 10 fois* le travail d'une femme porteuse d'un *enfant mort-né*.

Dans leur expérience personnelle, ce groupe inclut 4 des 5 sages-femmes du panel qui n'ont jamais vécu de deuil personnel.

La moyenne d'âge de ce groupe est de *27 ans*.

Le groupe B est constitué de *8 sages-femmes*, que nous nommerons : Bérénice, Barbara, Brune, Bertille, Brigitte, Bernadette, Bénédicte, Belinda.

Dans leur expérience, elles ont suivi entre *6 et 10 fois* le travail d'une femme avec un *antécédent de MFIU*. Parmi elles, 4 sages-femmes ont accompagné *moins de 10 fois* une femme porteuse d'un *enfant mort-né*. Les 4 autres en ont suivi *plus de 10 fois*.

La moyenne d'âge de ce groupe est de *30 ans*.

Le groupe C est constitué de *5 sages-femmes*, que nous nommerons : Clémence, Coralie, Céline, Camille, Clara.

Dans leur expérience professionnelle, elles ont suivi *plus de 20 fois* le travail d'une femme avec un *antécédent de MFIU*. La totalité de ces sages-femmes ont accouché *plus de 10 fois* une femme porteuse d'un *enfant mort-né*.

Dans leur expérience personnelle, ce groupe inclut 1 des 5 sages-femmes du panel qui n'ont jamais vécu de deuil personnel.

La moyenne d'âge de ce groupe est d'environ *35 ans*.

Tableau résumant les caractéristiques principales de la population selon les groupes :

	Expérience de confrontation au deuil des patientes	Age des sages-femmes	Nombre de sages-femmes qui ont des enfants
Groupe A	Faible <10	Moyenne de 27 ans	1 / 7
Groupe B	Intermédiaire entre 6 et 20	Moyenne de 30 ans	3/8
Groupe C	Grande >20	Moyenne de 35 ans	2/5

Deuxième partie

Analyse des résultats et discussion

2.1 Vulnérabilité des patientes, point de vue des sages-femmes

Notre première hypothèse était que les femmes, ayant dans leurs antécédents une MFIU, sont considérées comme vulnérables par les sages-femmes. Pour J.P Cléro, « la vulnérabilité implique, chez un individu plus ou moins fragile, la probabilité qu'il rencontre un événement qui compromettra son équilibre et contre lequel il se brisera » (20).

Un temps de nos entretiens avait pour objectif de savoir si les sages-femmes qualifiaient ces femmes de vulnérables et sur quels critères elles s'appuyaient.

Toutes les sages-femmes de notre population ont répondu par l'affirmative à la question « pensez-vous que ces femmes sont vulnérables ? ». Par contre, selon les groupes que nous avons définis, l'explication de cette vulnérabilité différait.

2.1.1 Souvenir de la MFIU

Dans le groupe B, les sages-femmes pensaient majoritairement que ces femmes « *revivent le souvenir de la MFIU* », ce qui les rend vulnérables. Belinda a expliqué : « *je pense que l'accouchement doit forcément, enfin le nouvel accouchement, doit forcément faire ressurgir ces événements là, ces antécédents là, donc elles sont plus vulnérables psychologiquement* ».

Elles seraient submergées par cet « *événement traumatique* », qui ressurgit dans leur esprit lors de la grossesse et de l'accouchement de l'enfant suivant. Ainsi, pour Bertille : « *en général, elles revivent quand même souvent les moments de l'accouchement de leur mort in utéro et donc forcément elles peuvent avoir des moments de tristesse ou d'angoisse plus importants* ».

Cette notion du souvenir de la MFIU lors de la grossesse suivante est affirmée par Claire Squires: « des images apparaissent à propos de l'enfant mort, de façon imprévisible, ravivées lors de la grossesse suivante. Celle-ci, marquée par le traumatisme, est toujours revécue comme une grossesse à risque. En effet, cette nouvelle conception apparaît figée par la perte » (21).

Dans une étude américaine de Louise Lee, sur le vécu de la grossesse après un antécédent de MFIU, un des sentiments rapportés par les femmes est la tristesse, qui est liée aux souvenirs difficiles de la MFIU (19).

Brigitte a répondu à cette question de la vulnérabilité par : « *je pense que oui parce que forcément le travail en cours va raviver le souvenir de la mort fœtale, de la précédente grossesse, enfin déjà la grossesse à la base doit raviver ce souvenir là et puis forcément l'accouchement aussi* ».

De même, Bérénice a rapporté que : « *la grossesse actuelle et le fait d'arriver en salle de naissance peut en fait permettre assez facilement une renaissance de ce qui s'est passé lors du premier accouchement* ».

Certaines sages-femmes du groupe A et C considèrent également que ces femmes sont vulnérables, du fait du souvenir de la MFIU qui resurgit en salle de naissance. Par exemple Anna, pensait qu'elles étaient vulnérables « *parce qu'au moment de l'accouchement, ce qu'elles ont vécu au moment de la MFIU peut vraiment survenir* ». Clémence avait du mal à trouver les mots pour expliquer ce souvenir : « *Ben parce que ça leur rappelle toujours... c'est une naissance à nouveau donc... elles ont vécu la naissance d'un enfant mort donc voilà forcément ça rappelle un deuil...* ».

Cependant les sages-femmes du groupe A et C ont exprimé majoritairement la peur de ces femmes de l'accouchement suivant et de la répétition.

2.1.2 Peur de la répétition

Les sages-femmes du groupe C affirmaient majoritairement que ces femmes « *revivent le souvenir* » douloureux de l'accouchement précédent en arrivant en salle de naissance, et ont, par conséquent, « *peur de la répétition* ».

Ainsi, s'est exprimée Céline : « *Elles revivent les événements qu'elles ont déjà vécu avec une certaine angoisse : la peur que ça se renouvelle* ». Pour Clara, ces patientes sont vulnérables « *parce que ce sont des femmes qui sont plus*

angoissées, plus stressées et que tant qu'elles n'ont pas vu leur bébé vivant sur leur ventre je pense qu'elles ont des craintes », des craintes de la répétition.

La nouvelle grossesse est toujours vécue dans une grande anxiété. La peur de la répétition se manifeste par des bouffées d'angoisses et des cauchemars faisant revivre l'accident, ce qui a été appelé, par certains auteurs, la 'névrose traumatique post-obstétricale' (22).

Ainsi, une patiente avec un antécédent de MFIU a confié, lors d'un entretien avec Micheline Garel : « dès que j'ai su que j'étais enceinte, j'ai commencé à imaginer que ça pouvait recommencer. Je faisais à nouveau des cauchemars » (22). Cette anxiété accrue entraîne, le plus souvent, une annonce tardive de la grossesse, comme pour se préparer à une nouvelle perte. Ainsi, les femmes n'investissent pas leur nouvelle grossesse, elles ont tendance à être dans une sorte d'autoprotection : « L'absence de joie s'accompagne d'une tension extrême à la crainte de la récurrence. L'annonce de la grossesse est perçue avec une certaine ambivalence. Leurs craintes sont réactivées lors des visites, des examens, de l'approche de l'accouchement. Cette étude suggère donc l'existence d'une anxiété spécifique au cours de la grossesse suivante » (21).

Pour Camille, « *psychologiquement c'est difficile de revivre ce moment et de penser à avoir finalement un bébé en pleine forme. On s'imagine forcément qu'il va se passer quelque chose.* »

Certaines sages-femmes des autres groupes, A et B, ont également exprimé cette notion de peur de la répétition. Par exemple, Bernadette l'a sous-entendu, sans finir sa phrase : « *qu'il y a tout qui revient au moment de l'accouchement, au moment du travail et voilà elles ont toujours l'angoisse de...* ».

Adèle l'a, par ailleurs, clairement énoncé en insistant sur la fragilité de ces femmes : « *probablement du fait de l'antécédent de mort fœtale elles sont plus fragiles psychologiquement, de peur que ça recommence, de peur qu'il y ait d'autres problèmes.* »

2.1.3 Peur de l'accouchement et du mauvais état néonatal

Pour la grande majorité des sages-femmes du groupe A, la vulnérabilité des femmes avec un antécédent de MFIU, s'expliquait par une angoisse que l'enfant suivant « *n'aille pas bien à la naissance* ». En effet, celles-ci ayant accueilli un enfant

mort-né à l'accouchement précédent, elles ont « *peur de la répétition* ». Ainsi, elles ont une « *appréhension de l'accouchement* ». Amandine pensait donc que la vulnérabilité de ces patientes est liée au fait « *qu'elles ont beaucoup plus d'appréhension vis à vis de l'accouchement, avec la peur que ça n'aille pas et de revivre à nouveau la perte d'un enfant* ».

De même pour Adeline, pour qui la notion de mort est omniprésente : « *du fait de cette expérience de mort fœtale, elles ont plus d'appréhensions à l'accouchement voie basse quand elles ont déjà accouché d'un fœtus décédé in utéro... et du fait que le fœtus de la grossesse antérieure soit décédé* ».

Brune a également essayé de mettre l'accent sur le précédent accouchement où les femmes ont été confrontées à la mort : « *c'était un vécu plus en rapport avec la mort, même si elles ont d'autres enfants vivants, mais je veux dire elles ont eu ce rapport avec la mort au moment de la naissance et du coup je pense que c'est toujours une angoisse à ce moment-là du coup pour elles* ». Bertille a ajouté : « *et puis surtout ayant vécu un événement traumatisant elles sont souvent inquiètes qu'il y ait quelque chose qui se passe mal pour l'accouchement actuel* ».

Un antécédent de MFIU, fait perdre à la mère son estime de soi, elle peut être amenée à s'interroger sur sa capacité à être mère et à donner la vie (23). L'inquiétude de l'état néonatal est alors plus importante chez ces patientes. Clémence a bien explicité cette notion : « *forcément elles sont plus vulnérables donc tant que l'enfant n'est pas né elles ont toujours peur qu'il ne soit pas en bonne santé* ».

La vulnérabilité des femmes ayant un antécédent de MFIU est donc majoritairement due à une grande anxiété durant la grossesse suivante, avec un risque de dépression majoré dans les 6 mois à 3 ans post accouchement de l'enfant mort-né (17). Or, les grossesses suivantes surviennent, dans les deux tiers des cas, dans l'année qui suit la perte fœtale (19). Durant la gestation de l'enfant suivant, la patiente revit les souvenirs de la MFIU et a peur que cet événement se reproduise.

En résumé : « Les mères ayant connu une perte d'enfant vivent leur grossesse de façon plus négative. Elles sont plus anxieuses, plus déprimées et plus inquiètes » (21).

Ces patientes sont donc, en effet, vulnérables et sont vues comme telles par les sages-femmes. Notre première hypothèse est alors validée.

Une autre question de notre recherche portait sur ce que pouvaient ressentir les sages-femmes face à ces femmes et, par conséquent, quelle était leur attitude durant leur prise en charge en salle de naissance.

2.2 Place de la sage-femme lors du suivi du travail des patientes avec antécédent de MFIU

Nous avons demandé aux sages-femmes quels sentiments leur procurait la situation du suivi du travail des femmes qui ont, dans leurs antécédents, une MFIU. Nous avons retenus les sentiments dits « positifs », c'est-à-dire qui seraient compatibles avec un accompagnement optimal. Nous avons également relevé les sentiments dits « négatifs », qui pourraient altérer l'accompagnement de ces femmes. Enfin, nous avons analysé les réponses à la question ouverte : « vous êtes-vous déjà projetée à la place d'une de ces patientes ? ».

2.2.1 Emotions « positives »

En apprenant que leur patiente a un antécédent de MFIU, par l'étude du dossier ou lors des transmissions orales par des collègues, la majorité des sages-femmes, tous groupes confondus, a mentionné ressentir de la « *compassion* ».

D'après le dictionnaire Larousse, c'est un sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui.

C'est un terme dérivé du latin « *compassio* » qui signifie « souffrir avec ». Ainsi, la compassion est une forme de relation à autrui. En étant sensible à la souffrance des patients, la compassion amène le soignant dans une attitude active de partage de cette souffrance pour soulager celui qui souffre. : « Pleurer avec ceux qui pleurent, c'est porter avec eux leur douleur en vue de la soulager, dans une intention délibérément active, dans un élan durable de tendresse. La compassion est miséricordieuse. Elle est un acte de bonté, animée par la bienveillance » (24). Amandine a bien exprimé ce sentiment : « *forcément de la compassion, en se disant qu'on va tout faire pour que ça se passe le mieux possible.* ».

Monique Bydlowski confirme également que « la MFIU suscite la compassion des équipes soignantes » (25).

Nous pouvons considérer que ce sentiment est positif lorsque le soignant envisage l'accompagnement des patientes lors de l'accouchement de l'enfant suivant. Cependant, même si ce sentiment vise à soulager l'autre, il faut faire attention à respecter son autonomie. En effet, Ruth Sanford souligne bien le risque encouru d'une compassion trop importante, dans une métaphore : « Une personne compatissant, voyant un papillon lutter pour se libérer de son cocon, et voulant l'aider, écarta avec beaucoup de douceur les filaments pour dégager une ouverture. Le papillon libéré, sortit du cocon et battit des ailes mais ne put s'envoler. Ce qu'ignorait cette personne compatissante, c'est que c'est seulement au travers du combat pour la naissance que les ailes peuvent devenir suffisamment fortes pour l'envol. Sa vie raccourcie, il passa à terre. Jamais il ne connut la liberté, jamais il ne vécut réellement » (26).

Adèle avait du mal à définir son sentiment : « *C'est plus un sentiment de... comment on va dire... compassion ? On est touché par ces femmes on va dire* ». Belinda, quant à elle, a précisé que son sentiment de compassion dépend de la relation qu'elle a avec sa patiente : « *plus de compassion. Enfin après je pense que tout dépend de la patiente qu'on a en face de nous et du caractère, de la réaction qu'elles peuvent avoir mais d'un premier abord je pense compassion* ».

Il est intéressant de noter que les trois quarts des sages-femmes ont répondu par l'affirmative à la question « êtes-vous plus émues lors de la naissance de l'enfant suivant ? ».

Bertille, par exemple, a dit : « *oui je suis peut-être plus contente quand tout se passe bien à la fin. C'est vrai qu'il y a le côté où on se dit bon c'est bien que pour ce couple tout ce soit bien passé car ils ont déjà eu leur lot de complications* ».

Le second sentiment évoqué par les sages-femmes est celui de l'« empathie ». D'après le dictionnaire Larousse, c'est une faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. C'est la capacité d'imaginer le vécu émotionnel de l'autre, tout en faisant la distinction entre soi et autrui. Bertille s'est exprimée ainsi : « *j'ai de l'empathie pour elle d'avoir vécu heu... une complication comme ça* », en ayant du mal à trouver le mot de MFIU.

Bérénice est allée plus loin en exprimant la nécessité « d'entourer » ces patientes : « *il y a forcément un peu d'empathie parce que comme on a conscience de cet antécédent-là, il faut les entourer le mieux possible* ».

Certaines sages-femmes ont exprimé en plus une « *envie de protection* » de ces femmes, pour que tout se passe le mieux possible. Le souhait exprimé par les soignantes interrogées, est d'éviter à ces femmes une éventuelle nouvelle souffrance. Ainsi, Barbara a confié ressentir : « *de l'empathie et puis une envie de protection, de la prendre en charge avec un peu plus de... d'essayer de prendre plus de temps avec cette patiente là pour qui ça peut être difficile justement* ».

Pour Brigitte il paraît également important de prendre plus de temps avec ces patientes, même en cas de garde chargée : « *on a envie de la protéger un petit peu plus et de la ménager un peu, d'autant plus tu vois avec la structure qu'on a là, où il y a des gardes chargées et il y a des jours où on peut pas bien prendre en charge les patientes, les entourer comme on voudrait donc avec ces patientes là on va faire un peu plus attention je pense* ».

Coralie a mis un accent plus fort sur cette envie de protection, en allant jusqu'au terme de « *cocooner* » : « *ça donne envie d'être plus 'cocoonante' avec ces patientes-là forcément* ».

De même, Bernadette a affirmé « *il faut encore plus rassurer ces patientes et ces couples et les cocooner* ». Cette notion de « *cocon* » exprime un côté maternel, qui renvoie à l'idée de protection d'une mère de son tout petit, vulnérable.

Enfin, quelques-unes ont affirmé ressentir de la « *joie* » : « *on se dit qu'elle va enfin avoir un enfant qui va bien* » a mentionné Bernadette. D'autres ont mentionné de l'« *espoir* » pour ces femmes qui vivent un heureux événement : « *beaucoup d'espoir de cette grossesse-là qui aboutit à terme ou pas mais en tout cas d'un enfant qui est vivant et bien portant* » nous a confié Anna.

2.2.2 Emotions « négatives »

A l'inverse, certaines sages-femmes ont confié ressentir de la « *tristesse* » en apprenant que leur patiente a un antécédent de MFIU : « *En premier je dirais que c'est quand même de la tristesse pour la patiente, parce qu'on sait que c'est difficile par expérience de traverser ça et du coup que ça n'a pas été facile pour elle d'envisager une deuxième grossesse suite à ça* », nous a dit Bérénice.

La notion de tristesse était également la plus fréquemment mentionnée, de même que la compassion, par les sages-femmes en salle de naissance lors d'une IMG (8), ou d'une MFIU (27). Nous pouvons supposer que cette tristesse est

accentuée par le souvenir de l'accompagnement d'un accouchement d'un enfant mort-né. En effet, « plus d'une sage-femme sur deux a mentionné qu'elle avait déjà été submergée par ses propres émotions lors d'une IMG » (8). Dans les deux cas, IMG et MFIU, il s'agit de l'accouchement d'un enfant mort-né.

Dans notre étude, d'autres sages-femmes rapportaient avoir une « *appréhension* » à suivre le travail d'une femme avec un antécédent de MFIU. Ce sentiment s'exprimait par une augmentation du « *stress* » concernant la prise en charge. Ainsi, pour Anna : « *Je pense que ça met un stress en plus, on doit être un peu plus vigilant et je pense qu'on l'est parce que ça évoque forcément des sentiments en nous de crainte, d'appréhension...* ». De même, Adeline qui avait du mal à trouver ses mots, a répondu « *oui, oui, oui !* » à la question « pensez-vous que c'est de l'appréhension ? ». ».

Enfin, Céline a mentionné la « *curiosité* » par rapport aux circonstances de survenue de la MFIU : « *curiosité de savoir dans quel contexte c'était* ». Cette curiosité peut être perçue soit positivement, dans le sens de désir de connaître l'autre afin de l'aider ; soit négativement, dans le sens de satisfaction personnelle à la pulsion de savoir. Nous n'avons pas exploré cette donnée, elle ne restera donc qu'une supposition.

Les différents témoignages mettent en évidence qu'un antécédent de MFIU ne laisse pas les sages-femmes indifférentes. Par ailleurs, à la question « quels sentiments ressentez-vous face à ces femmes », un quart des sages-femmes tous groupes confondus, a répondu ne ressentir « *rien de particulier* ». Ainsi, Adèle a souligné : « *rien de particulier je dirais, parce qu'on essaie un peu de prendre sur nous et du coup de laisser un peu de côté, entre guillemets, enfin essayer de la considérer comme une femme comme tout le monde quand on est devant elle* ».

Une autre sage-femme a défendu la même idée : « *je ne suis pas tout le temps dans ma tête en train de penser 'alala son antécédent.. ' donc quand je suis face à elle, sauf si elle m'en parle, je ne ressens rien de particulier* ».

Ces réponses n'ont pas montré, selon nous, une marque d'indifférence mais au contraire une envie de protection de ces patientes. En effet, les sages-femmes les protégeaient en ne laissant pas transparaître leurs propres sentiments.

D'autres sages-femmes ont donné des réponses un peu variables, en expliquant qu'il faut toujours avoir cet antécédent à l'esprit mais « se montrer neutre », comme devant toute patiente. Brigitte a considéré ainsi : « *Je pense qu'on ne doit pas avoir... je ne sais pas si on doit avoir un sentiment particulier à exprimer en fait, on doit être neutre. Oui je pense qu'on doit être neutre mais tout en ayant dans un endroit de la tête l'antécédent* ». De même pour Clémence : « *Rien de particulier... j'ai mon attitude de soignant donc j'essaie de rester neutre* ».

Cette notion de ne ressentir rien de particulier souligne, selon nous encore une fois, non pas une indifférence, mais plutôt une mise à part de l'antécédent pour mettre de côté les sentiments associés et se concentrer sur la grossesse actuelle. Cela sous-entend peut-être, que si les sages-femmes n'essaient pas de « prendre sur elles », certains sentiments ressurgiraient.

Dans cette situation, où la sage-femme montrerait ses sentiments, elle risquerait de majorer les difficultés de la patiente.

Ainsi, les sages-femmes prenaient une juste distance pour être en mesure de prendre en charge leur patiente le plus correctement possible.

D'autre part, nous pouvons également supposer qu'il s'agirait ici d'un mécanisme de défense de la part des sages-femmes afin de ne pas se heurter à des sentiments déstabilisants.

En effet, certaines sages-femmes ont mentionné ressentir de la gêne face à ces patientes.

Ainsi s'est exprimée Brune : « *j'ai pas vécu ce qu'elles ont vécu tout ça, donc je peux pas vraiment avoir une idée de ce qu'elles ressentent... mais moi, peut-être une petite gêne, un peu oui...* »

Belinda a également évoqué un sentiment de gêne, en fonction de la patiente, de son comportement et de sa facilité de parler de son antécédent : « *gêne, ça dépend de comment la patiente en parle : si elle l'évoque, si ce n'est pas un sujet tabou pour elle, si voilà si une patiente est capable d'en parler au moment de son accouchement en disant « vous savez j'ai déjà accouché » etc, je pense que du coup on va avoir moins de difficultés avec le sujet qu'avec une patiente qui est dans le retrait, le repli, plutôt discrète, renfermée voilà. Je pense que ça dépend énormément de la patiente qu'on a en face de nous, énormément* ».

2.2.3 Identification de la sage-femme à la patiente

Enfin, nous avons demandé aux sages-femmes si elles s'identifiaient à ces patientes.

Les résultats tendent à montrer que, plus l'expérience de la confrontation au deuil est grande, moins les sages-femmes s'identifient à ces patientes.

En effet, dans le groupe A, la majorité des sages-femmes avaient tendance à se projeter à la place de leur patiente, soit 5 sages-femmes sur 7.

Alice a répondu à cette question par un oui, comme une évidence : « *ben oui nécessairement* ». De même pour Amandine qui a rétorqué : « *Oui bien sûr* ».

« *On se demande comment nous, on aurait réagi, ce que ça peut faire de perdre un enfant* » a affirmé Anna. Le témoignage d'Armelle va également en ce sens : « *Ben en fait c'est dur dans notre profession, on s'imagine le pire, c'est à dire que on se dit qu'on va avoir une pré-éclampsie, une MFIU, un petit bébé, un gros bébé, enfin... voilà une césarienne. Donc oui ben oui à chaque fois on se dit que ... oui* ». Cette dernière affirmation montre que la projection de la sage-femme à la place de sa patiente n'est pas spécifique à la MFIU, mais peut concerner aussi toutes les autres pathologies durant la grossesse.

Dans le groupe B, la moitié des sages-femmes seulement se projetait à la place de la patiente, soit 4 sages-femmes sur 8. Pour Barbara, cela semble être un souvenir précis : « *ça m'est déjà arrivé, oui, oui* ». Pour Brune, cette identification semble être une nécessité : « *On essaie toujours mais bon après moi c'est difficile, j'ai jamais accouché non plus d'un enfant vivant ou décédé mais de toute façon oui dans tous les cas j'essaie de me projeter dans mon job parce que c'est quelque chose que j'ai jamais fais donc oui ben oui forcément pour un antécédent de MFIU encore plus* ».

Parmi celles qui ne s'identifiaient pas, la réponse était souvent claire et sans hésitations, c'était un « *non* » simple, ou encore plus convaincant, « *non jamais* », exprimé par Bérénice.

Cependant, certaines étaient plus ambivalentes. Par exemple, la réponse de Bénédicte : « *oui et non en fait. Oui parce que quand on a de l'empathie, ben forcément on se met à la place de l'autre, et non parce que je pense qu'il faut... enfin*

je me protège aussi et du coup j'essaie de mettre une certaine distance, un certain recul face à la situation. Donc en fait oui c'est un petit peu les deux ».

Brigitte n'a pas su répondre exactement à cette question. Elle n'excluait pas les deux possibilités : *« Peut-être que oui inconsciemment on se dit " ah si c'était nous... " mais je sais pas si je me suis reportée effectivement là-dessus. »*

Dans le groupe C, la totalité des sages-femmes ne s'identifiait pas à leur patiente.

Pour Céline, la seule qui a donné cette réponse, il est difficile de s'identifier à quelqu'un quand on n'a pas, soi-même, vécu le même évènement : *« Ben comme j'ai pas d'enfants c'est difficile de se mettre vraiment à leur place je pense. Tant que tu ne l'as pas vécu, non, je ne me suis pas spécialement projetée ».*

Clara, quant à elle, avait l'air plutôt détaché : *« je me l'imagine mais après je ne me dis pas "alala si ça m'arrivait à moi..." ».*

Enfin, Camille a eu une réponse catégorique : *« Jamais ».*

Nous pouvons remarquer qu'il n'y a pas de lien entre le fait d'avoir des enfants et s'identifier à ces patientes en travail. En effet, parmi les 6 sages-femmes qui ont des enfants, 3 se sont identifiées à ces femmes et 3 ne se sont pas identifiées.

Ces résultats nous amènent à supposer qu'avec l'expérience, les sages-femmes arrivent à prendre plus de recul par rapport à une situation d'accompagnement d'une femme vulnérable.

Dans une étude de Diane de Wailly-Galembert sur le vécu des sages-femmes lors de la prise en charge d'une IMG ou d'une MFIU, il a été montré que les sages-femmes des maternités de type II et III, où la fréquence des IMG et MFIU est plus grande, sont moins en souffrance que celles de type I. Cette constatation « soulève la question d'une habitude ou d'une banalisation de ces situations » (7). Puisque les sages-femmes avec plus d'expérience sont moins « touchées » par la confrontation à une MFIU, nos résultats semblent aller dans le même sens quant à leur identification moindre aux patientes avec antécédent de MFIU. En effet, moins on est touché par une situation donnée d'une patiente, moins on se projette à sa place.

Cependant, comme le dit Jean-Michel Longneaux : « si une certaine mise à distance semble indispensable, il ne faut pas que celle-ci devienne un fossé ou un

mur d'indifférence. Une certaine empathie, voire une certaine identification au patient, semble également indispensable pour entrer en communication avec lui » (28).

2.3 Rôle de la sage-femme

2.3.1 Evocation de l'antécédent de MFIU avec les patientes : point de vue des sages-femmes

Nous nous sommes interrogés, au départ de notre étude, sur l'attitude des sages-femmes devant une patiente en travail avec antécédent de MFIU. Plus précisément, nous nous sommes demandés si les sages-femmes évoquaient cet antécédent lors de l'accouchement de l'enfant suivant avec leurs patientes, ou si, au contraire, elles ne souhaitaient pas en parler et pour quelles raisons.

Dans notre population, la majorité des sages-femmes (14 sur 20) abordait ce sujet avec leurs patientes. Cependant, nous pouvons différencier celles qui l'abordaient systématiquement, et celles qui l'abordaient seulement sous certaines conditions.

Pour Barbara « *de manière systématique à un certain moment ça va être abordé* ». De même Alice, a justifié son caractère fondamental : « *c'est la base du suivi* ».

Jocelyne Clutier-Seguin a insisté, dans l'un de ses articles, sur l'importance de la reprise des antécédents avec la patiente, qui est un véritable "outil face au traumatisme" (29). Il permet à la patiente de reconstituer son histoire chronologiquement et de différencier les événements. Elle insiste sur ce rôle de la sage-femme durant la grossesse, mais il peut s'avérer également utile lors du travail s'il n'a pas été effectué auparavant.

Micheline Garel a énoncé cette notion dans son ouvrage sur les pertes fœtales : « entendre parler de l'enfant perdu, pouvoir en parler permet aux femmes de lui faire une place dans leur histoire » (22).

Pour Bérénice, il est également important de parler des antécédents : « *je pense que ce n'est pas une bonne idée de nier ce qui s'est passé avant et que ça fait*

partie des choses dont il faut parler ». Anna a expliqué qu'« *il faut essayer de le faire parce que sinon elle peut ne pas oser en parler et il faut vraiment qu'elle puisse sentir qu'on est là pour en parler* ».

De même, Bertille aborde le sujet, ne serait-ce qu'en quelques phrases, pour rassurer les femmes : « *Je ne l'aborde pas dans le détail mais souvent je leur dis une ou deux phrases pour montrer mon ouverture là-dessus en leur expliquant que c'est normal si elles repensent à des moments de l'accouchement précédent et qu'elles n'hésitent pas à m'en reparler* ».

Il est, en effet, important que la patiente « perçoive l'attention de la sage-femme à ces événements douloureux », qu'elle sache qu'elle va pouvoir être entendue si elle en ressent le besoin (29).

Elle a ajouté, cependant : « *il ne faut pas non plus que ça prenne toute la place dans l'accouchement qui a lieu, il ne faut pas qu'il y ait plus de place accordée à l'antécédent de MFIU qu'à l'accouchement en lui-même* ».

Pour certaines sages-femmes, il est important de parler de l'antécédent de MFIU avec leur patiente pour, en quelque sorte, différencier les deux accouchements, pour « *passer à autre chose* ». Ainsi Bénédicte a exprimé : « *en général je préfère en parler parce que finalement moi aussi ça me... ça permet de poser les choses et de me dire voilà, on en a parlé et maintenant stop ça y est, on va pouvoir bien accueillir cet enfant et passer à autre chose, même pour moi, professionnellement, alors que je devrais pas hein... mais voilà, le fait de poser les choses et de les dire permet de... comme de tourner une page, pour moi comme pour la patiente* ».

Claire Squires a également défendu cette idée de nécessité de différenciation des deux grossesses : « la menace d'une récurrence de cette mort in utero, qui pèse sur le puîné, paralyse les capacités de figuration et d'anticipation des parents. Un travail psychique de différenciation des deux grossesses s'avère utile pour que l'enfant mort n'étende son ombre sur l'enfant suivant, à la naissance » (21).

Pour Coralie, il s'agit d'un sujet tabou qui pourrait la mettre mal à l'aise s'il n'est pas évoqué. Elle préfère donc en parler : « *il vaut mieux briser le tabou plutôt que d'avoir ce truc au milieu, cette gêne* ».

Nous pouvons donc constater que, dans certains cas, le fait de parler de l'antécédent de MFIU avec leur patiente, provoque chez les sages-femmes un soulagement personnel.

D'autres sages-femmes ont jugé que l'importance de parler de cet antécédent est variable d'une patiente à l'autre.

Par exemple, Céline, qui nous confiait avoir de la curiosité par rapport aux circonstances de survenue de la MFIU, n'abordait pas directement le sujet mais essayait de "tester" l'envie de la patiente d'en parler ou non: *« Ca dépend du contexte, des femmes, enfin des personnes. Souvent on leur tend des perches pour savoir si elles veulent se livrer, reparler de ça ou si au contraire c'est un sujet qu'elles veulent mettre de côté et vivre pleinement ce qu'elles sont en train de vivre là et ne plus repenser aux choses d'avant. Je dirais donc que ça dépend ».*

De même, certaines pensaient que c'était à la femme de choisir d'aborder ou non le sujet. Il ne faut rien leur *« imposer »*.

Ainsi, Amandine a évoqué: *« Si elle, elle n'émet pas le souhait d'en parler c'est qu'elle n'a pas forcément envie de faire de la place à ces souvenirs et qu'elle est dans le présent pour le moment présent et il y a un moment pour tout donc c'est pour ça, j'estime que c'est à elle de choisir d'en parler ou pas. C'est pas à nous d'imposer le ressassement des souvenirs ».*

Cependant, d'après Jocelyne Clutier-Seguin « les événements traumatiques ne sont pas toujours verbalisés de façon très explicite », et qu'il faut « une volonté délibérée pour accéder à ces informations. (...) Certains événements traumatiques vont être involontairement occultés par la patiente » (29). Dans le cas de lourds antécédents, il paraît alors nécessaire que le soignant aborde le sujet sans attendre que le patient se livre de lui-même.

Les sages-femmes qui n'abordaient jamais le sujet de l'antécédent de MFIU, trouvaient qu'il n'y avait pas de place pour cela lors de l'accouchement de l'enfant suivant.

« Ce sont 2 choses différentes », a répondu Armelle.

Pour Belinda: *« c'est une nouvelle vie qui démarre et je pense qu'il ne faut pas mélanger, ne pas faire d'amalgame. Si elle en parle très bien, j'ai une oreille*

attentive, mais si elle n'en parle pas, je pense, enfin mon sentiment c'est de ne pas l'évoquer pour éviter de... enfin je pense qu'une page est tournée ».

Chez Brune nous avons senti un certain malaise devant l'antécédent de MFIU: *« hmmm... je ne suis pas forcément gênée mais... si elles n'abordent pas le sujet ou quoi que ce soit je ne l'aborderai pas forcément en fait ».* Plus tard dans l'entretien, elle nous a confié : *« il y a des dames qui sont super renfermées là-dessus donc je ne vais pas m'introduire non plus trop dans leur vie, dans leur espace ».*

Enfin, Clara préférait ne pas évoquer ce sujet pour ne pas blesser ces patientes vulnérables : *« non je ne vais pas remuer le couteau dans la plaie ».* Par ailleurs, elle envisagerait de parler de cet antécédent pour rassurer une patiente si besoin : *« si elle montre des signes d'angoisse extrême, je pourrai lui redire que maintenant c'est différent, que le bébé va bien, (...) je peux en reparler si vraiment elle, elle montre des signes d'inquiétude extrême, mais sinon, non j'en parle pas ».*

Au final, aucune sage-femme n'a considéré l'antécédent de MFIU comme un antécédent banal auquel il ne faut pas prêter attention, même si toutes n'en parlaient pas systématiquement avec leurs patientes.

Parmi les sages-femmes qui n'abordaient pas cet antécédent avec les patientes, la majorité se trouve dans le groupe A.

Lorsque le sujet de l'antécédent de MFIU était évoqué, soit spontanément par les sages-femmes, soit par les patientes, nous avons trouvé des résultats différents selon les groupes, quant à la difficulté de parler de ce sujet.

En effet, dans le groupe A, quatre sages-femmes sur sept étaient en difficulté. Pour Anna, il n'était *« pas facile d'aborder ce sujet ».* Armelle a mentionné sa gêne devant la patiente et la difficulté de trouver les mots justes : *« je vais réfléchir un peu avant de parler, enfin je vais essayer de trouver les mots appropriés. Mais oui je vais être un peu gênée ».*

De même, Adèle a confié qu'elle faisait attention aux paroles : *« c'est toujours quelque chose de difficile. Après on prend des pincettes et voilà mais c'est vrai que c'est toujours difficile oui ».*

Enfin, Adeline a exprimé qu'il était difficile de parler de ce sujet avec des patientes qui sont « *renfermées* ». Cependant, « *il y a des patientes avec qui le contact passe mieux, donc on a moins d'appréhension à discuter justement de cet antécédent* ».

Nous pouvons supposer que les sages-femmes du groupe A n'abordaient majoritairement pas l'antécédent de MFIU avec les patientes car elles n'étaient pas à l'aise avec ce sujet.

Dans le groupe B, deux sages-femmes sur huit nous ont confié être en difficulté pour parler du sujet avec leurs patientes. Parmi elles, Belinda s'exprimait ainsi : « *je n'étais pas très à l'aise effectivement mais heu je pense que avant tout il faut s'adapter à la patiente qu'on a, et si la patiente en parle aisément je pense que voilà il sera plus simple d'en discuter, sinon c'est vrai que pour moi c'est plutôt délicat de revenir sur ce sujet-là... surtout quand il y a une nouvelle grossesse* ». Barbara a soutenu la même idée. La difficulté de parler de l'antécédent de MFIU dépend de l'attitude de la patiente, c'est-à-dire que si elle est ouverte à cette discussion, la sage-femme n'a pas de mal à en parler, mais si la patiente se montre renfermée, il est alors plus difficile d'aborder le sujet.

Les autres sages-femmes du groupe, soit la majorité, n'ont pas exprimé de difficultés pour parler de ce sujet. Elles ont répondu par un simple « *non* ».

Dans le groupe C, les 5 sages-femmes n'ont pas eu de difficulté à discuter de l'antécédent de MFIU. D'ailleurs, toutes abordaient ce sujet spontanément, sauf une. En effet, Clara confiait ne pas vouloir blesser la patiente. Cependant, si la femme l'évoquait d'elle même, la sage-femme n'avait pas de difficulté à en discuter avec elle.

Lors d'une discussion avec une de ces patientes, aucune sage-femme, tous groupes confondus, ne qualifiait cet antécédent de « MFIU ». Pour elles, il s'agit d'un terme trop impersonnel, trop médical. D'après Bertille : « *c'est quand même un terme médical et souvent les patientes ne ressentent pas ça, pour elles c'est la mort de leur enfant et pas d'un fœtus* ».

La majorité parlait alors de « précédent enfant » ou de « bébé qui est décédé », termes qui sont plus adaptés à la situation, selon les sages-femmes.

Clémence a également bien expliqué cette notion : *« pour elle c'est un bébé donc je parle plus souvent d'enfant ou de bébé plutôt que de MFIU parce que ce n'est pas un fœtus pour elles qu'elles ont perdu, c'est un bébé »*.

Nous pouvons noter que le mot bébé est plus familier, et crée une certaine proximité avec les patientes. Utiliser ce terme permet également d'humaniser, de donner une identité à l'enfant.

Dans tous les cas, il faut *« éviter les mots trop durs au niveau du vocabulaire médical en fait, il faut rester sur des mots très simples... tout ce qui est à connotation médicale il faut éviter comme « pathologie », « MFIU », il faut dire plutôt que le bébé était malade »*. Ce conseil a été donné par Bérénice qui a suivi une formation sur l'accompagnement au deuil périnatal.

Adèle parlait de *« premier enfant »* pour faire la différenciation des deux grossesses : *« on va dire votre bébé qui est décédé ou votre premier enfant pour essayer de replacer celui-là »*.

De même, pour Adeline il est important de personnifier le fœtus devant la patiente : *« je n'utilise pas le mot "mort", je n'utilise pas "mort fœtale" ou "fœtus" parce que ça dépersonnifie et j'aime pas ça, donc généralement je dis "le bébé qui est décédé" »*.

La moitié des sages-femmes qualifiait également la MFIU de *« précédente grossesse »* ou *« précédent accouchement »*. Certaines sages-femmes utilisaient aussi bien le terme d'enfant que d'accouchement, alors que d'autres ne parlaient *« d'enfant »* à aucun moment.

Bertille s'est ainsi confiée : *« Je parle plus des événements et de l'accouchement que de la perte du bébé en elle-même »*.

Dans ces cas, nous pouvons supposer que les sages-femmes avaient du mal à considérer la MFIU comme la mort d'un enfant : *« J'ai personnellement un peu de mal à utiliser le terme "enfant", c'est vrai que "précédente grossesse" pour moi c'est plus évident de citer ça comme ça »*, a expliqué Barbara.

Maryse Dumoulin a dénoncé cette dé-personnification des fœtus morts in utéro : *« La mort des tout-petits a été longtemps apparentée et s'apparente encore bien trop souvent non pas à la mort d'une personne mais à la mort de personne »* (30).

D'autres, avaient du mal à qualifier cet antécédent, comme, par exemple, Anna qui utilisait « *des mots assez vagues, comme " la dernière fois "* ». Il s'agit d'une sage-femme qui confiait ne pas être à l'aise avec l'antécédent de MFIU devant la patiente. Nous pouvons supposer qu'elle a choisi ces termes pour, en quelque sorte, éviter le sujet.

Enfin, Camille parlait d'« *accident* ». Ce terme désigne un « événement fortuit qui a des effets plus ou moins dommageables pour les personnes ou pour les choses », d'après le dictionnaire Larousse. Il souligne, ici, l'effet inattendu de la MFIU, non voulu, non contrôlable qui peut déculpabiliser les femmes. En utilisant ces termes, la sage-femme désigne un fait et dé-personnifie le fœtus, l'enfant pour les parents.

Nous nous sommes demandé également si les sages-femmes redoutaient une réaction particulière de la part de la patiente lorsqu'elles abordaient le sujet de la MFIU avec elle.

Les résultats sont différents selon les groupes.

En effet, dans le groupe A, les sages-femmes ont le plus souvent évoqué avoir redouté de « *la tristesse et des pleurs* ». Anna a confié avoir appréhendé : « *qu'elle perde complètement les pieds... Des pleurs, de ne pas réussir à la reconforter, à la consoler* ». Ce témoignage exprime une difficulté face à la détresse de la patiente, voire une certaine culpabilité d'avoir rendu la patiente « triste ».

Certaines redoutaient de perturber la femme, de lui faire revivre ce souvenir.

Une appréhension de rendre la patiente « agressive » a également été mentionnée. Adeline s'est exprimée ainsi : « *Je dirais plus de la colère que moi je parle de ça... enfin c'est son vécu, c'est un peu bête hein mais elle, elle a le droit d'en parler si elle en a envie mais moi j'ai pas le droit de la forcer à en parler* ». De même, Adèle redoutait une agressivité qui était, selon elle, justifiée : « *elles se protègent, du coup elles sont un peu agressives quand on parle de ça et elles te disent 'j'ai pas du tout envie de reparler de ça', voilà c'est du passé, donc forcément ça mets pas très à l'aise* ».

Alice redoutait plutôt un renfermement de la patiente avec une impossibilité de communiquer avec elle : « *c'est qu'elles soient complètement fermées au dialogue, c'est ça qui est le plus difficile du coup, de savoir ce qu'elles pensent, comment elles le vivent* ». Amandine a émis la même crainte : « *Ben moi ce que je redoute en*

faisant ça c'est sa fermeture et donc son dialogue parce que du coup elle peut complètement se braquer, se fermer ».

Cette notion de « renfermement » était majoritairement exprimée dans le groupe B.

Brune, par exemple, redoutait que la patiente se renferme, car *« c'est du passé »*, et qu'elle vive cette discussion comme : *« une intrusion dans ce qui ne me concerne pas vraiment, où je n'étais pas forcément là... »*. Bertille redoutait aussi un renfermement puisque cela ne lui permettrait pas de savoir comment se sent réellement la patiente : *« J'aime pas quand elle clôt la conversation brutalement parce que du coup on sait pas si c'est parce que c'est totalement réglé ou bien elles sont un peu dans le déni et que ça va décompenser plus tard »*.

Cette situation mettait Brigitte mal à l'aise : *« Moi ce que je redoute le plus c'est la patiente qui se ferme, qui veut pas du tout en parler. Je trouve que ça met mal à l'aise »*.

D'autre part, Bérénice a évoqué redouter des pleurs et de la tristesse, mais ce fait la rassurait également, car il est bénéfique pour la patiente : *« Ben c'est sûr qu'on a toujours peur que ça la fasse craquer mais d'un côté ça lui est salubre parce que si elle craque à l'évocation, c'est qu'elle a besoin aussi de laisser un peu évacuer tout le stress qu'elle a pu accumuler pendant cette grossesse »*.

Barbara, au contraire, redoutait un *« regain d'angoisse »* suite à l'évocation du sujet : *« parler de l'antécédent de mort fœtale, ça peut faire remonter une angoisse telle que la patiente peut perdre totalement le contrôle sur la situation de ce travail-là, de cette grossesse-là, de cet accouchement-là »*. Cette même sage-femme nous confiait plus tôt aborder le sujet de manière systématique.

Par ailleurs, dans le groupe C, la majorité des sages-femmes ayant de l'expérience ne redoutait *« rien de particulier »*. Elles s'attendaient plutôt à ce que la patiente pleure. Pour Clémence : *« Elles ont le droit de craquer »*. De même, Céline a justifié cette notion : *« si elle s'effondre... je le redoute pas, c'est qu'elle a besoin de pleurer à ce moment-là et on essaie de l'apaiser »*. Camille a cependant exprimé une difficulté face aux pleurs : *« Je ne redoute pas, mais... C'est toujours difficile de voir des patientes qui pleurent quand on leur reparle de ce soucis »*.

Deux sages-femmes de ce groupe ont émis également la notion de redouter un renfermement de la patiente si elles évoquaient le sujet.

Clara, qui ne voulait pas parler du sujet avec la patiente pour ne pas « *remuer le couteau dans la plaie* », redoutait « *qu'elle se renferme oui, ou qu'elle se braque. (...) J'ai pas envie de lui faire penser à des choses... je pense qu'elle y pense déjà assez elle même et que ça sert à rien d'aller lui en reparler. J'ai pas envie de la peiner* ».

A l'inverse, aucune sage-femme n'a confié avoir d'appréhension à ce que la patiente évoque d'elle-même son antécédent de MFIU.

Certaines ont même mentionné le côté « rassurant » de ce fait, car cela signifierait qu'elles ne seraient pas dans le déni de cet antécédent. Ainsi s'est exprimée Barbara : « *Non, plutôt pas, parce que justement c'est plus rassurant quand la patiente elle-même en parle parce que ça veut en quelque sorte dire qu'elle a assimilé et que c'est voilà, que c'est assimilé et qu'elle a en quelque sorte fait le deuil de cette histoire-là* ». Il en est de même pour Adèle : « *Quand elle l'évoque pour moi je me dis que c'est rassurant, enfin c'est quelque chose de plus de... c'est quelque chose dont elle arrive à en parler, donc c'est plutôt bien, c'est rassurant* ».

Brune, qui a confié précédemment qu'elle n'abordait pas ce sujet avec les patientes, car elle ne voulait pas s'« *introduire* » dans leur vie, était, par contre, ouverte à la discussion si le sujet était abordé par la patiente. En effet, à la question « aviez-vous de l'appréhension à ce que la patiente évoque son antécédent ? », elle a répondu : « *Non pas du tout par contre, parce que si elle est demandeuse il n'y a pas de soucis, on peut en parler* ».

Brigitte, quant à elle, trouvait qu'il était plus simple de discuter du sujet dans ce cas : « *Non, au contraire je trouve que c'est plus facile pour nous d'aborder le sujet si ça vient de la personne, si c'est une espèce de perche qu'elle nous tend, c'est plus facile d'en parler je trouve* ».

Nous nous sommes également demandé quelle était la réaction des sages-femmes quand les patientes évoquaient leurs antécédents.

Dans le groupe A, la majorité affirmait continuer de parler sur le sujet. Elles essayaient de mettre l'accent sur le fait que la dernière grossesse et la précédente sont différentes, de même pour l'accouchement. Ainsi, pour Anna : « *j'ai surtout comparé la différence avec justement la fois d'avant de la MFIU et mis l'accent*

vraiment que ça c'était pas du tout déroulé pareil, que là c'est un enfant qui est vivant, que l'accouchement arrive, que ça va bien se passer... ».

Amandine et Armelle parlaient du sujet jusqu'à ce que la patiente les arrête : *« je vais continuer, je vais dialoguer avec elle, jusqu'à ce que ce soit elle qui me dise que ça suffit ».*

De même pour Adeline, par exemple : *« je continue sur le sujet tant qu'elle a envie d'en parler, j'en parle avec elle ».*

Ainsi, la sage-femme est dans une position d'action, c'est elle qui parle majoritairement et la femme écoute.

Les sages-femmes du groupe B, ayant une expérience intermédiaire, ont exprimé une écoute attentive, sans inciter la patiente à continuer sur le sujet.

Brigitte, pour qui il n'était pas nécessaire d'aborder l'antécédent de la MFIU au moment de l'accouchement de l'enfant suivant, pensait qu'il est, cependant, important d'écouter la patiente si elle aborde le sujet : *« je trouve qu'au moment du travail c'est pas là que je vais faire la psy et dire "allez racontez moi madame ce qui vous est arrivé", mais je pense que c'est important de l'écouter dans ces cas là ».*

L'écoute paraît alors primordiale. Or, ni la charge de travail, ni la formation initiale ne permettent aux sages-femmes de *« faire la psy »*. L'appel à un professionnel en psychologie pourrait être un outil essentiel à l'accompagnement des patientes en travail après un antécédent de MFIU.

Aucune sage-femme de notre échantillon n'a cependant évoqué cette possibilité.

Pour Brune : *« il faut surtout être à l'écoute, donc après si elle désire en parler je l'écoute. Si elle a des questions je réponds ».* Elle intervenait donc seulement si la patiente lui demandait. De même, Bernadette se contentait d'écouter en justifiant ainsi: *« Je ne vais pas l'inciter particulièrement, lui tirer les vers du nez entre guillemets, je vais voir jusqu'où elle va aller, parce qu'il y a peut-être des points qu'elle veut aborder et pas d'autres ».*

Belinda montrait son écoute en étant plus présente. Pour elle, il faut : *« être une oreille attentive quitte à s'asseoir, prendre un peu plus de temps à être là, à reprendre ses mots sans pour autant aller chercher plus loin car médicalement on a les infos donc c'est pas tant ça qu'on recherche c'est plutôt éventuellement voir si elle a besoin d'en parler ».*

Dans ce cas, c'est la femme qui se trouve majoritairement dans une position d'action. Elle a quelqu'un qui l'écoute, sans intrusion.

La sage-femme est aussi dans une position d'action car l'écoute c'est « se centrer sur la personne en étant capable de se décentrer de soi. C'est aussi prendre le risque de rencontrer l'autre, être capable de tout entendre, laisser la personne finir de parler avant d'intervenir et respecter les silences » (26).

Quelques sages-femmes du groupe B ont également affirmé continuer sur le sujet de la MFIU si la femme l'évoquait. Par exemple, Bertille à qui cela permettait d'adapter sa prise en charge : « *Si elle l'évoque spontanément, bien sûr je continue la conversation et puis j'essaie de voir selon ce qu'elle m'a dit, j'essaie de déterminer si elle a des moments particuliers qui l'inquiètent plus que d'autres pour faire une prise en charge adaptée* ».

Enfin, dans le groupe C, parmi les sages-femmes les plus expérimentées, la réponse majoritaire était « je l'incite à continuer ».

Par exemple Clémence essayait d'orienter le discours de la patiente, de l'aider à parler du sujet : « *je lui pose des questions quoi, si je vois qu'elle en parle c'est qu'elle a envie d'en parler donc au contraire j'essaie de l'écouter, de l'orienter* ».

Or, « lorsque nous aidons, nous effectuons et nous agissons à la place de la personne concernée. Cette façon d'intervenir révèle l'incapacité supposée de l'autre ». Cela peut déclencher de l'agressivité (26).

Coralie, quant à elle, incitait la patiente à continuer car elle préférait que le sujet soit évoqué, qu'il n'y ait pas de « tabou » comme elle l'a exprimé précédemment : « *je l'invite à ce que l'on en discute, sans forcer, si je vois qu'elle n'en a pas envie et veut passer à autre chose, on passe à autre chose, mais je préfère qu'on en discute clairement* ».

De même, Clara préférait dans ces cas s'attarder sur le sujet : *si elle m'en parle spontanément, je vais creuser, je vais plus parler avec elle de son vécu...* »

Cette notion d'incitation souligne le fait que c'est la sage-femme qui choisit en quelque sorte l'orientation de la discussion. Puisque c'est le soignant qui incite, c'est aussi lui qui peut décider de clôturer le sujet. C'est lui qui juge dans quel sens il veut aller, selon son ressenti. L'action d'inciter à continuer de parler de l'antécédent de MFIU, peut montrer à la patiente qu'elle a une « *oreille attentive* » à laquelle elle peut se confier. Mais cela peut également lui enlever son autonomie.

En effet, ce n'est plus elle qui décide de ce qu'elle dit, mais elle est guidée dans sa parole.

Au final, aucune sage-femme n'a cherché à éviter le sujet. Cependant, nous pouvons remarquer qu'elles prenaient une position différente dans le dialogue, suivant leur expérience.

Nous pouvons remarquer que le groupe A préférait « continuer sur le sujet », le groupe B « écouter » et le groupe C « inciter à continuer ». Ces résultats montrent que les sages-femmes les moins expérimentées et les moins à l'aise devant le sujet de la MFIU, prenaient toute la place dans la discussion, comme pour cacher leur malaise. Le groupe à expérience intermédiaire était plus à l'écoute. Enfin, le groupe à grande expérience, incitait la patiente à continuer sur le sujet, comme si elles « savaient » par où il faut passer, ce qu'il faut qu'elles expriment.

Notre deuxième hypothèse semble alors validée.

2.3.2 Accompagnement nécessaire : « patiente à entourer »

La totalité des sages-femmes de notre échantillon trouvait que les femmes avec un antécédent de MFIU étaient vulnérables.

Ainsi, le premier réflexe des sages-femmes, en apprenant que leur patiente avait cet antécédent, était de considérer que c'est une « *patiente à entourer* ».

Cette idée était justifiée majoritairement par le sentiment que ces femmes peuvent ressentir une angoisse plus importante : « *je me dis qu'effectivement ça va être une patiente qui aura peut-être besoin de plus d'attention, qui sera peut-être plus angoissée, plus stressée* », a expliqué Brune. Clara s'est exprimée ainsi : « *je m'attends déjà à avoir une patiente plus stressée qu'une autre... plus angoissée qu'il va falloir rassurer d'avantage* ».

Il faut donc une prise en charge particulière pour ces patientes : « *je me dis qu'elle va être certainement plus stressée et qu'il va falloir une prise en charge particulière par rapport à... une prise en charge on va dire relationnelle particulière par rapport à une patiente lambda* », nous a dit Adeline. De même Barbara essayait de les entourer en leur consacrant plus de temps. Pour elle il faut « *la prendre en charge avec un peu plus de... d'essayer de prendre plus de temps avec cette patiente-là pour qui ça peut être difficile justement* ».

En effet, ces patientes en deuil nécessitent un accompagnement spécifique. L'accompagnement du deuil doit avant tout être fait d'écoute. « Accompagner c'est mettre en œuvre son humanité et son professionnalisme (...) : canaliser ses

émotions pour acquérir une capacité d'écoute convenable, de créer un climat de confiance qui permet l'expression des sentiments, de reconnaître et d'accepter sans juger l'émotion des parents et de traiter chaque cas dans son originalité. Au total, une grande disponibilité personnelle et professionnelle est indispensable » (26).

La notion de la disponibilité et d'écoute a été évoquée par Belinda : « *il faudra être plus disponible, plus réceptive et heu... voilà plus disponible pour ces patientes, une écoute plus importante* ».

Brigitte, qui trouvait qu'il ne faut pas une prise en charge particulière pour ces femmes, a, cependant, également mentionné qu'il faut les entourer un peu plus : « *je pense que l'on doit pas forcément avoir de sentiments précis ni s'apitoyer sur le sort de la femme etc., on doit la prendre en charge comme une patiente quelconque si je peux dire ça comme ça, mais quand même en tenant compte de cet antécédent qui est quand même un antécédent lourd et peut être en l'entourant un peu plus* ».

Ainsi, presque la totalité des sages-femmes ont répondu que ces patientes étaient plus angoissées que les autres pendant le travail.

Il y a eu 100% de réponses positives dans le groupe A et le groupe C, mais 50% dans le groupe intermédiaire B. La réponse majoritaire en cas de réponse différente à un simple oui, était que « *ça dépend du terme auquel la MFIU s'était produite* ». Ces sages-femmes affirmaient que plus le terme était avancé, plus les femmes sont angoissées pendant le travail, lors de la grossesse suivante. En effet, les femmes ont un regain d'angoisse à l'approche de la « date anniversaire » de la MFIU (22). Plus cette date est proche du terme de la grossesse et de l'accouchement, plus les femmes sont angoissées lors de l'accouchement de l'enfant suivant.

Nous voulions aussi savoir si ces femmes étaient en effet « plus entourées » par les sages-femmes. L'attitude des sages-femmes était-elle similaire face à ces patientes versus une patiente sans antécédent de MFIU durant le travail ?

Dans le groupe A, la majorité des sages-femmes, soit 6 sur 7, a affirmé ne pas avoir la même attitude.

Par exemple Anna a exprimé avoir : *« plus de discussions, plus d'écoute surtout, et plus de présence, plus de temps dans la chambre, pour la rassurer etc... »*.

Amandine a mis l'accent sur le fait d'être plus attentive à toutes les expressions de la patiente : *« Oui, je vais être plus attentive à tous les petits signes de communication, de choses qu'elle peut émettre et dire. Je serais peut être beaucoup plus vigilante dans l'attente d'un petit signe voilà, que ça va pas psychiquement ou qu'elle se sent désarmée, angoissée, plutôt qu'une autre »*.

Adèle a affirmé, en plus d'être plus présente, réfléchir aux mots qu'elle employait, ce qui montre qu'elle cherchait à ne pas blesser la patiente : *« Non, je pense qu'on est plus attentive, on prend le temps... on fait attention aux mots qu'on emploie, on fait attention à ne pas parler de... tu vois c'est toujours compliqué de dire "votre premier enfant, c'est le deuxième" ... non on est plus attentives oui »*.

De même pour Adeline qui donnait plus d'explications : *« Je dirais que j'utilise peut être pas forcément les mêmes termes, pas des termes aussi techniques qu'avec d'autres patientes, heu... et je vais... s'il y a des anomalies de rythme ou des choses comme ça, je vais être plus prompte à expliquer assez rapidement ce qui se passe. Je vais plus discuter avec elle de toutes les options et tout qu'avec une patiente sans cet antécédent »*.

A l'inverse, dans les groupes B et C, la majorité des sages-femmes affirmait avoir la même attitude avec ces patientes qu'avec les autres.

Cette réponse était justifiée, le plus souvent, par le fait qu'il s'agisse d'une nouvelle grossesse et qu'il faut les considérer comme toute patiente en travail.

Par exemple, Barbara s'est expliquée ainsi : *« il y a certes un moment où il faut prendre en compte cet antécédent, mais il faut aussi les considérer comme des patientes en travail à part entière. C'est une nouvelle grossesse donc le fait de les considérer comme les autres ça peut aussi les aider justement à tourner cette page difficile »*. De même, Bernadette essayait de « faire vivre » à la patiente un accouchement comme les autres : *« Après j'essaie aussi, enfin c'est bizarre, mais de faire comme si ben voilà, c'est un accouchement normal et même s'il y a cet antécédent je le prends en compte mais j'essaie de lui faire vivre un accouchement normal et voilà il ne faut pas trop non plus tomber dans l'excès et lui faire ressentir que du fait de cet antécédent-là voilà... »*.

D'autres sages-femmes ont affirmé que, globalement, leur attitude était similaire car celle-ci varie, non pas en fonction de l'antécédent de la patiente, mais en fonction de son comportement, de son vécu de la grossesse et de l'accouchement présent.

Bertille a expliqué : *« ça dépend du comportement de la patiente, c'est à dire qu'il y a des patientes qui n'ont jamais eu de problèmes dans leur vie et qui ont besoin de beaucoup d'attention ; et une dame qui a un antécédent de MFIU et qui est bien entourée par son conjoint s'il est là, parfois elles n'ont pas besoin de plus parler avec la sage-femme que d'autres personnes »*.

Bénédicte a soutenu la même idée : *« tout dépend de la situation encore une fois parce que des fois tu vas être peut-être plus présente pour une patiente qui n'a jamais eu d'antécédent de mort fœtale, mais tout simplement parce qu'elle a besoin que tu sois là, elle a besoin parce qu'elle est angoissée, voilà, je m'adapte à la situation... »*

Martine Beauvais a développé cette idée de l'accompagnement singulier dans un de ses articles: *« toute pratique d'accompagnement se doit d'être pensée et agie au regard des singularités contextuelles propres à l'accompagné, singularités qu'il importe d'élucider en permanence »* (3).

Pour Belinda, son attitude est possiblement différente seulement au moment du premier contact : *« Je pense que c'est le premier contact sur lequel on doit être un petit peu différent, où on a une vision différente. Par contre par la suite je pense qu'une fois que le contact a été établi, je pense que les rapports sont les mêmes »*.

Cela sous-entend qu'il existe un « cap » à passer, comme s'il y avait une certaine gêne ou une appréhension à la rencontre de ces patientes.

Les sages-femmes qui disaient ne pas avoir la même attitude envers ces femmes justifiaient cette réponse, comme les autres, par une présence plus importante auprès d'elles et plus d'écoute.

Enfin, la charge de travail était souvent un facteur déterminant : *« on essaie d'être plus présente mais ça dépend aussi de la charge de travail »*, a confié Clémence.

Une sage-femme, Coralie, a exprimé une opinion différente. Elle n'avait pas la même attitude face à ces patientes si le sujet de la MFIU était évoqué : *« si on en vient à en parler c'est qu'il y a quand même un souvenir douloureux donc forcément*

tu vas essayer de remettre de la joie sur celle-là mais tu gardes ça en tête de toute manière donc t'es moins dans l'exaltation de la grossesse puisque tu sais qu'il y a ce truc qui reste gravé pour elle ». Nous pouvons comprendre que, du fait de l'antécédent, cette sage-femme était moins enthousiaste face à la patiente durant l'accouchement de l'enfant suivant. C'est comme si une certaine tristesse devait être présente, comme si la MFIU ne devait pas être "oubliée". Cette même sage-femme nous confiait qu'il s'agit pour elle d'un sujet « *tabou* » qu'il faut « *briser* ».

Nous pouvons remarquer qu'au final, malgré l'idée de la vulnérabilité des patientes bien présente dans l'esprit des sages-femmes, seulement la moitié de celles-ci les accompagnaient différemment.

Parmi les sages-femmes qui avaient une attitude différente face à ces femmes, la majorité se trouve dans le groupe à faible expérience.

Cependant, aucune sage-femme n'a affirmé avoir de difficulté à créer un lien avec ces patientes.

Nous avons voulu également étudier l'attitude des sages-femmes face à ces patientes avec un antécédent de MFIU, juste après la naissance d'un enfant vivant. Cela devait permettre de constater si les sages-femmes considéraient qu'il y ait un risque ou non pour la relation mère-enfant après un antécédent de MFIU, et quel était leur accompagnement en suites de couches immédiates.

La majorité des sages-femmes, tous groupes confondus (13 sages-femmes sur 20), a affirmé être plus attentive.

Le premier argument retrouvé était en effet celui de l'importance de la surveillance de la mise en place du lien parents-enfant. Ainsi, Adèle l'a expliqué : « *on essaie de le mettre sur elle... oui oui on est plus attentif. On essaie de vraiment créer un lien entre le couple et le bébé* ».

De même pour Bertille : « *c'est vrai que pour les suites de couches immédiates il faut quand-même être vigilant sur l'établissement de la relation mère-enfant parce qu'on reste dans le même système où ce qu'elles ont vécu précédemment reste un moment où l'enfant est décédé donc il peut y avoir toujours des émotions qui ressortent par rapport à ça* ».

L'attention d'Adeline était aussi portée sur « *la réaction de la mère par rapport à son bébé* ».

Certaines sages-femmes ont affirmé être plus attentives, mais en essayant de laisser le couple et l'enfant entre eux pour la formation du lien de famille. Par exemple, Bérénice nous a confié : « *Alors attentive oui, plus présente je dirai que non parce que j'essaie un peu au maximum de faire en sorte qu'ils se retrouvent à trois mais ça c'est valable pour toutes les naissances. Je viens évidemment pour voir que tout va bien, les saignements, les examens tout ça mais c'est vrai que j'aime bien qu'ils aient du temps, qu'ils soient vraiment en famille à faire connaissance tous les trois* ». Bernadette partageait la même idée : « *Oui on fait attention mais après on essaie de les laisser se retrouver entre eux* ».

Brune a évoqué une présence plus importante auprès de ces femmes après la naissance, mais parce qu'elles « *sont plus demandeuses* », pour répondre à leurs besoins et non pour la surveillance du lien : « *Oui je pense que là pour le coup la mère est plus demandeuse donc effectivement oui, on doit peut-être, être un peu plus présents. Pas forcément de nous-mêmes en fait mais plutôt parce qu'elles sont plus demandeuses* ».

Céline, quant à elle, était d'accord sur le fait qu'il faille une surveillance particulière en post-partum, mais plutôt à long terme, dans les suites de couches, et non pas immédiatement après la naissance : « *alors dans le post-partum immédiat pas forcément mais peut-être une attention particulière en général... pas dans les deux heures, mais voir quel lien se crée et voir s'il n'y a pas de troubles au niveau du lien oui* ».

Cependant, quelques-unes ont affirmé que, selon elles, il n'y a pas de risques pour le lien mère-enfant, surtout en suites de couches immédiates.

Clara, par exemple, a soutenu : « *franchement en général il n'y a pas de problèmes à l'accueil, parce qu'ils sont tellement en attente d'un enfant, tu vois, c'est hyper émouvant en général, les parents quand ils ont eu un antécédent comme ça, donc non je ne suis pas forcément plus présente parce que ça se passe bien* ».

Parmi les sages-femmes qui avaient une attitude différente avec ces femmes pendant le travail, certaines ont déclaré qu'une fois l'enfant né, elles se comportaient avec elles comme avec les autres patientes.

Ainsi l'a déclaré Brigitte : « *non, je pense qu'une fois que l'enfant est né je me comporte comme avec toutes les patientes* ».

Cette attitude suppose que ces sages-femmes considèrent qu'une fois l'enfant suivant né vivant, il n'y a plus de risque, ni d'être confronté à la mort de l'enfant, ni d'angoisse maternelle.

En effet, nous avons demandé aux sages-femmes si elles ressentiaient un soulagement une fois l'enfant né et vivant, dans le sens « enfin fini et tout va bien ».

Dans le groupe A, 6 sages-femmes sur 7 sont soulagées, alors que dans les groupes B et C une seule sage-femme par groupe avait répondu ressentir ce sentiment.

Ces résultats vont dans le sens d'un stress plus grand des sages-femmes moins expérimentées : elles ont peut-être, elles aussi, peur de la récurrence, peur d'être confrontées à la mort.

La naissance de l'enfant suivant peut raviver le souvenir de l'enfant mort-né chez les patientes avec un antécédent de MFIU. Il y a alors un risque qu'il soit considéré comme un "enfant de remplacement" (21).

De même, l'idée de la capacité d'être mère étant bouleversée par l'antécédent de MFIU, ces femmes peuvent avoir besoin de réassurance : « Après l'accouchement, les réactions des parents diffèrent : les pères se sentent soulagés de voir l'enfant sain et en vie. Les mères, en revanche, ont besoin de plus de réassurance à propos de la santé de l'enfant. Parfois, elles ressentent une difficulté à s'y attacher, une tendance à trop protéger l'enfant, une anxiété persistante dans quelques cas. La présence de l'enfant vivant ravive souvent les pensées à propos de l'enfant mort » (21).

2.3.3 Difficultés ressenties lors de l'accompagnement

Dans une question sur les éventuelles difficultés des sages-femmes à accompagner les femmes avec un antécédent de MFIU, nous évoquons l'idée que ces femmes soient encore en deuil lors de la grossesse suivante : « pensez-vous qu'il est difficile d'accompagner ces femmes en deuil ? ». Nous voulions analyser les réactions des sages-femmes à cette affirmation.

Cinq sages-femmes de notre population ont eu besoin que nous reformulions la question, pour savoir si nous parlions des femmes porteuses d'un enfant mort-né ou des femmes avec un antécédent de MFIU, avant de répondre. Cela peut supposer qu'elles ont eu une hésitation, quant au statut d'endeuillées de ces

patientes lors de la grossesse suivante. En effet, leurs pensées sont allées prioritairement vers une femme avec une MFIU.

Cependant, quatre sages-femmes, faisant partie des groupes B et C, ont affirmé d'emblée qu'il ne s'agissait pas de patientes en deuil.

Clémence était même étonnée de notre question et a eu un rire nerveux : « *Ben j'espère qu'elles ne sont plus en deuil (rire). Normalement il faut finir son deuil avant de recommencer une grossesse mais bon...* ». Clara a défendu la même idée selon laquelle une nouvelle grossesse signe la fin du deuil : « *elles ne sont pas vraiment en deuil là quand on les voit parce qu'il y a la naissance d'un autre enfant* ». De même, Belinda nous a confié d'une façon plus personnelle : « *je pense pas qu'elles soient en deuil, non, donc je pense pas que c'est difficile. Enfin, moi je trouve pas que c'est difficile de les accompagner* ». Pour ces sages-femmes, aucune difficulté n'est apparue lors de leur prise en charge de ces patientes.

Enfin, Bertille a nuancé : « *Je dirais que souvent on a de la chance qu'elles ne soient plus vraiment dans les phases de deuil immédiates donc non moi je ne trouve pas ça plus difficile* ».

Elle a évoqué « la chance », sous-entendant qu'un deuil terminé permettait d'échapper à une certaine difficulté de son accompagnement.

Or, Monique Bydlowski a constaté que ces femmes sont toujours en deuil : « Toutes ces femmes rencontrées deux années plus tard, quelle que soit la cause du décès foetal (médical, spontané ou criminel), offrent une symptomatologie psychopathologique faite de dépression résiduelle malgré un accompagnement psychologique pour certaines. Plusieurs faits cliniques sont récurrents. D'abord la difficulté de ce deuil infini qui ne se ferme pas selon un processus naturel et malgré la survenue ultérieure de gestations d'enfants vivants » (25).

Ainsi, dans le groupe A, où toutes les sages-femmes étaient d'accord sur ce point, cinq sages-femmes sur sept ont trouvé qu'il était difficile d'accompagner ces femmes. Pour Anna, « *c'est pas évident* ». Amandine a développé cette idée : « *oui c'est difficile parce que je pense qu'on est pas tellement toutes forcément axées sur la psychologie et donc c'est sûr que déjà dans notre charge de travail il faut avoir le temps de trouver les bons mots, les mots justes. Prendre le temps c'est pas très*

simple, d'autant qu'il faut aussi voilà s'adapter un peu à la patiente et à la surveillance d'une éventuelle MFIU ». La charge de travail est pour elle un facteur qui freinerait le bon accompagnement de ces patientes. De plus, elle a mentionné l'attention nécessaire portée à la psychologie.

De même, Adèle a expliqué qu'il y a une grande part de psychologie dans cet accompagnement, ce qui n'est pas facile : *« C'est difficile psychologiquement, c'est quelque chose qui est prenant pour nous aussi, ça nous touche... c'est des jours où voilà on est fatigué psychologiquement, on réfléchit à ce qu'on dit, il faut qu'on soit présent mais en même temps il faut pas trop en dire... c'est difficile de trouver sa place quand même ».*

En effet, le soignant ne peut être indifférent aux blessures, physiques ou psychologiques, du patient. Il est alors important de trouver une juste distance entre une identification et une différenciation excessive par rapport au patient (26).

De plus, *« l'accompagnement est empathie et l'accompagnateur accepte nécessairement un certain niveau transférentiel. Au moins dans les premiers temps, l'accompagnant aura à aller vers l'endeuillée et n'attendra pas forcément que l'endeuillée vienne à lui. En cela, il se différencie d'une attitude psychothérapeutique ou psychanalytique qui se fonde sur le fait que la personne doit faire l'effort personnellement pour venir auprès du thérapeute »* (5).

Il faut alors savoir trouver *« les bons mots »*.

En cela, Armelle nous a répondu à la question de la difficulté : *« ben toujours un peu parce qu'on peut pas dire "oui je vous comprends" ».*

Pour Alice, cet accompagnement peut s'avérer difficile si la patiente ne répond pas à sa sollicitation, à ses efforts d'aller vers elle : *« C'est pas anodin mais bon, moi ce que je trouve le plus difficile c'est les patientes qui sont hyper fermées voilà. Mais après si elles arrivent à en parler je pense que c'est pas plus difficile ».*

Les deux sages-femmes de ce groupe, qui n'ont pas répondu à notre question de la difficulté de cet accompagnement par une réponse affirmative, ont cependant constaté que celui-ci est *« différent »*.

Amélie, par exemple, s'est exprimé ainsi : *« Non, je crois pas que c'est difficile. Je dirais que c'est différent. Elles ont bien sûr plus de stress, il faut gérer leur stress plus que pour d'autres probablement mais difficile non... Différent ».*

Pour Adeline, tout dépend de la patiente : *« ça dépend vraiment d'elle, comment elle a fait son deuil déjà avant je trouve, comment elle en parle, comment elle l'a ressenti, comment elle l'a vécu... »*.

Dans le groupe B, seulement une minorité (deux-sages-femmes sur huit) a trouvé qu'il était difficile d'accompagner ces femmes. Les raisons évoquées étaient les mêmes que pour le groupe précédent. Brigitte nous a confié : *« Ben c'est un peu en fonction de la patiente, de la façon dont elle exprime son deuil. Si elle est complètement renfermée, si elle ne veut pas du tout en parler et si on sent que c'est hyper douloureux, oui forcément c'est plus difficile pour nous de la prendre en charge et de l'accompagner, plutôt que d'accompagner une femme qui va exprimer sa tristesse parce qu'elle a peur pour le bébé mais qu'on sent chez qui, enfin pour qui on est passé à autre chose »*.

Chez Bénédicte, nous avons retrouvé la difficulté de trouver les mots justes face à une patiente vulnérable : *« c'est un peu plus difficile si t'as une réaction de patiente qui est braquée. Là oui effectivement, comment emmener les choses... ou au contraire d'une patiente qui va exploser en sanglots à chaque intervention, là oui on peut se retrouver en difficulté parce que du coup on va essayer de chercher les mots, on va essayer de... voilà de trouver les mots un peu réconfortants, essayer de la rassurer. C'est en ça que c'est difficile »*.

A l'inverse, deux sages-femmes ont trouvé plutôt facile et agréable d'accompagner les femmes avec un antécédent de MFIU.

Ainsi, *« au contraire c'est plutôt gratifiant et plus facile de s'occuper d'elles sur une nouvelle grossesse où tout se passe bien »*, nous a confié Barbara.

Bernadette quant à elle, n'a pas hésité à montrer son enthousiasme : *« moi franchement j'ai pas eu de problèmes, ils étaient adorables, enfin c'était génial ! »*. Elle a même eu un suivi ultérieur avec ces femmes : *« celles que j'ai suivi j'ai adoré. Tu vois il y en a une que j'ai revu il y a deux mois de cela, avec son bébé qui allait bien »*. Elle en garde donc de bons souvenirs.

Pour les quatre autres sages-femmes de ce groupe, les femmes en travail avec un antécédent de MFIU ne sont plus en deuil, car elles ont réussi à concevoir un autre enfant. Ainsi, ces sages-femmes ne trouvaient pas qu'il était difficile de les accompagner.

Enfin, dans le groupe C, pour la totalité des sages-femmes de ce groupe, il n'était pas non plus difficile d'accompagner ces patientes.

Deux sages-femmes ont affirmé que ces femmes n'étaient plus en deuil, et une autre, que la difficulté d'accompagner une femme ne dépend pas de son antécédent, mais de sa personnalité : *« Je ne peux pas te dire oui ou non, ça dépend de la patiente »*, nous a répondu Céline.

Clara, pour qui ces femmes ne sont plus en deuil, nous a confié : *« Moi j'ai jamais eu de problèmes, tu vois où elles se mettent à pleurer parce qu'elles pensent à leur antécédent de MFIU, ou qu'elle fond des... comment on appelle ça... des liens ou des transferts. J'ai pas eu le cas moi »*.

Pour Coralie, cet accompagnement était au contraire agréable: *« Non, si c'est un accouchement à terme la plus part du temps tout se passe bien, c'est assez sympa quand tout se passe bien après un antécédent comme ça »*.

Nous pouvons remarquer que parmi les sages-femmes qui pensaient que ces patientes étaient endeuillées, ce sont les sages-femmes à plus faible expérience qui ont majoritairement trouvé qu'il était difficile de les accompagner.

Notre deuxième hypothèse semble donc à nouveau confirmée, et apporte une précision. L'attitude des 'jeunes' sages-femmes est différente de celle des sages-femmes expérimentées en ce qu'elles sont moins à l'aise dans cette prise en charge.

2.4 Axes d'amélioration

2.4.1 Forces et limites de l'étude

2.4.1.1 Forces

Les forces de notre étude sont les suivantes :

- nous avons réalisé 20 entretiens semi-directifs que nous avons enregistrés puis retranscrit
- la population de notre échantillon est homogène
- nous avons recueillies les informations voulues pour l'étude
- il s'agit d'un sujet important qui concerne beaucoup de femmes ; notre étude est la première à aborder le sujet de l'accompagnement en salle de naissance

d'une femme avec un antécédent de MFIU et a permis d'en dégager des résultats intéressants qui pourraient aider à se pencher sur la question de l'amélioration de cet accompagnement.

2.4.1.2 Limites

Notre étude a également des limites, qui sont les suivantes :

- biais de mémoire des sages-femmes : l'expérience des sages-femmes notée dans l'étude n'était qu'approximative car la plupart ne savaient pas exactement le nombre de patientes avec antécédent de MFIU qu'elles ont prises en charge,
- les 3 groupes de l'étude n'étaient pas parfaitement équilibrés et la différence entre les groupes était faible,
- biais de narration : les entretiens étaient enregistrés, ce qui peut influencer le discours des sages-femmes. De plus, celles-ci racontaient des événements passés qu'elles ont analysés de leur point de vue,
- je n'ai malheureusement pas eu l'occasion d'assister au suivi d'une patiente avec antécédent de MFIU en salle de naissance durant mon étude. Je n'ai donc pas d'élément de comparaison et/ou d'observation directe de l'attitude des sages-femmes face à ces patientes.

2.4.2 Propositions pour un accompagnement optimal

2.4.2.1 Mieux former pour mieux accompagner : permettre aux sages-femmes d'acquérir plus d'expérience

L'expérience est comme un « "sixième sens", unificateur des informations fournies par les autres sens. Ainsi considère-t-on que, forgée au sein des situations concrètes et historiques auxquelles le sujet se trouve confronté, en relation avec les autres, elle constitue un enrichissement ou un élargissement du rapport au monde. On peut y distinguer grossièrement deux dimensions : une dimension de connaissance et une dimension qui est de l'ordre de l'éprouvé, de l'implication psychologique du sujet ». (31)

Dans une pensée pragmatiste, « seule l'expérience peut nous permettre l'accès à la connaissance ». (3)

Notre troisième hypothèse était que l'expérience des sages-femmes de suivre une femme lors d'une IMG ou d'une MFIU, leur permet de mieux accompagner ensuite les femmes présentant cet antécédent.

Nos résultats vont dans le sens de notre hypothèse, puisque 19 sages-femmes sur 20 ont donné une réponse positive à cette question.

Un des arguments des sages-femmes interrogées était que cette expérience permettait de mieux parler du sujet de la MFIU lors de la grossesse suivante. Par exemple Anna nous a expliqué : « *je pense que ça aide de l'avoir vécu, de voir comment ça se passe, comment les mères réagissent pour pouvoir après en parler avec elles* ». De même pour Bérénice : « *on est plus capables davantage d'en parler, d'aborder le sujet avec les patientes quand on a déjà vécu cette situation là aussi quoi, (...) oui je pense qu'on est plus à l'aise et que du coup on est peut-être plus efficace aussi puisqu'on n'est pas retenu par quelque chose d'inconnu au final* ». Il y a dans ces deux témoignages une notion de vécu, comme pour montrer que les sages-femmes vivaient la situation de la MFIU avec les patientes, elles étaient là, présentes, et touchées par cet événement.

Amandine a pris plus de recul. Cette expérience selon elle permet de comprendre ce que vivent les femmes : « *C'est bien de s'en occuper et de comprendre un peu le cheminement parce que ça peut quand-même nous permettre de se représenter l'épreuve* ». Bertille a donné une réponse similaire : « *on voit aussi les sentiments des couples à ce moment là, les différentes réactions, c'est vrai que ça permet de mieux comprendre ce que le couple a subi* ».

De même, Alice a expliqué « *Oui je pense que ça aide beaucoup. Déjà on sait comment ça se passe donc on peut imaginer, enfin imaginer disons, on sait par quoi elles sont passées, (...) pour en parler c'est plus facile* ». Pour elle aussi la communication devient alors plus aisée avec ces patientes.

Coralie a affirmé qu'en ayant « *les connaissances de ce qui s'est passé réellement à ce moment là* », cela permettait d'avoir une attitude adaptée face à ces patientes : « *il y a moins d'inconnu et tu peux plus adapter ton attitude* ».

Adèle a ajouté que cela permettait également de mettre l'accent sur la différence des deux accouchements : « *on est plus en mesure de discuter avec elles*

si elles ont des questions, de les rassurer, voilà de leur expliquer que les choses maintenant sont différentes ».

En assistant au vécu des patientes lors d'un accouchement d'un enfant mort-né, nous pouvons en effet comparer les deux situations.

En tant qu'être humain, nous pouvons « comprendre » ce que vivent ces femmes, il s'agit alors d'être en empathie. Ainsi s'est exprimée Bénédicte : *« T'auras compris ce qu'elle a vécu parce que tu l'auras accompagné, t'auras compris ce qu'elle a pu ressentir en voyant son bébé mort si par exemple elle a pu le voir. Et puis tu seras peut-être plus attentive à la présentation de son bébé là, de le mettre en peau à peau et ne pas le présenter dans un petit linge, par exemple... Oui je pense qu'on est plus empathique »*. Ce point nous semble en effet important car en ne reproduisant pas les mêmes gestes lors de l'accouchement de l'enfant suivant, nous différencions les deux événements. Chaque enfant a alors sa place pour la mère et le risque de l'enfant de remplacement peut être moindre.

Une des sages-femmes ayant une grande expérience, Clémence, nous avait confié précédemment être très à l'aise devant les patientes avec un antécédent de MFIU : *« tu sais je suis une vieille, donc je ne suis pas gênée, au contraire »*. Elle a ensuite expliqué : *« C'est plus facile de parler de la mort, quand tu en as fait pas mal tu vois c'est plus facile quand t'as l'habitude de parler de morts ou de vivants, de bébés, de deuil, c'est clair (...) je ne suis pas une jeune sage-femme (...) j'ai l'habitude. Enfin, t'as jamais l'habitude... mais j'ai pas de tabou avec les mots... voilà »*.

L'expérience permettrait donc d'être plus à l'aise dans la discussion sur le sujet de la MFIU avec les patientes, comme si un tabou se dissipait au fur et à mesure des années d'exercices.

Au contraire, Brigitte nous a soutenu que l'accompagnement des femmes lors d'un accouchement d'un enfant mort-né permet de *« savoir ce qui s'est passé, de bien savoir ce qu'ont ressenti les gens »*, mais que cette expérience *« n'est pas indispensable en tout les cas à la prise en charge de ces patientes »*.

Barbara est allée encore plus loin, en expliquant qu'une grande expérience pouvait avoir des effets négatifs sur l'accompagnement lors de la grossesse suivante. Ainsi cette expérience peut modifier l'attitude des sages-femmes de deux

façons : *« Je pense que c'est un peu à double tranchant, parce que d'un côté en bien justement grâce à cette expérience qui permet d'être plus empathique et d'être plus réaliste entre guillemets mais peut-être en mal dans le sens où on peut je pense, c'est humain, d'être emmené à banaliser un peu la situation. Pas banaliser mais voilà, à force d'en voir, de minimiser en fait cet antécédent ».*

Enfin, Belinda était la seule sage-femme qui trouvait que l'expérience de la confrontation avec la mort en maternité n'est pas une aide à l'accompagnement des femmes avec un antécédent de MFIU : *« Heu... non je pense pas parce qu'elles accouchent toutes différemment même pour une mort fœtale et qu'on peut pas savoir ce qui s'est passé à l'accouchement précédent. Ça m'aide pas plus non ».*

L'expérience peut par ailleurs s'acquérir avec la formation initiale. En effet, les sages-femmes pourraient être préparées à la confrontation au deuil des patientes dès les études.

Cette idée a été soutenue par Bénédicte, en mettant l'accent sur la formation pratique durant les stages des études de sage-femme : *« Je pense que c'est bien d'être formé dès les études de sages-femmes à ces situations-là. Après je dis pas trop tôt dans le cursus mais à partir de la troisième année, pouvoir suivre des travaux de couples qui ont une MFIU, même si c'est difficile certes parce qu'il y a deux intervenants (la sage-femme et l'étudiant(e) sage-femme), mais je trouve que voilà, ça apprend à l'étudiant(e), ça la forme à ces situations là. C'est dur au début mais je trouve qu'après voilà les réactions sont plus appropriées ».*

Dans l'étude de Fanny Chambon sur l'accompagnement au deuil, la majorité des étudiantes sages-femmes interrogées souhaitaient un complément de formation théorique, en psychologie et en éthique, associé à une plus grande expérience pratique. (9)

Brune nous a également confié que : *« d'être formé à accompagner des couples pour des IMG ou des MFIU, ça peut forcément qu'aider à répondre à des questions, à répondre aux angoisses des patientes quand elles vont accoucher d'un bébé qui va bien ».*

Cependant, bien souvent encore les sages-femmes des maternités refusent que les étudiants sages-femmes accompagnent les femmes lors d'une IMG ou d'une MFIU. (9) Pour permettre aux étudiants qui n'ont pas été confrontés à ces situations, les écoles de sages-femmes pourraient développer d'autres méthodes pédagogiques, telles que, des travaux dirigés ou des séances de jeux de rôle avec des acteurs simulés, pour apprendre à communiquer avec les patientes en deuil. En effet, cela devrait apprendre à savoir quels mots employer et à quel moment, comment réagir face à différentes réactions des patientes, par exemple. Des cas cliniques pourraient ainsi être envisagés.

La formation des étudiants sages-femmes pourrait également être approfondie en éthique, en détaillant les notions de « care », de « cure », de vulnérabilité. De même, en psychologie, le deuil pourrait être aussi détaillé que la psychologie de la grossesse, puisque sa prise en charge n'est pas si anodine en maternité.

Ensuite, un suivi des patientes concernées devrait pouvoir être accepté pour tout étudiant sage-femme et des groupes de paroles d'équipes incluant les étudiants pourraient être mis en place.

Enfin, pour avoir le point de vue des patientes sur l'accompagnement le plus adapté pour elles dans ces situations, pourraient être développées des interventions, dans les écoles, des associations de patients qui pourraient faire part de leur expérience.

En effet, « les bénévoles des associations de malades ou d'accompagnement sont détenteurs d'un savoir précieux sur le fonctionnement du service, sur le vécu par les personnes. Il est essentiel qu'ils puissent le mettre au service des professionnels pour le bénéfice des malades ». (32)

2.4.2.2 Travailler dans un réseau de soin

Nous avons vu précédemment que, malgré des avis différents sur la nécessité ou non d'aborder le sujet de l'antécédent de MFIU lors de l'accouchement de l'enfant suivant, aucune sage-femme interrogée n'a fait part d'un éventuel appel à un professionnel en psychologie.

En effet, bien que la sage-femme soit un interlocuteur privilégié au cours du travail des femmes, l'accompagnement de ces patientes pourrait être amélioré en faisant appel à un(e) psychologue après avoir pris l'avis de la femme et/ou du couple sur cette possibilité. Cela pourrait permettre en cas de charge de travail importante, que la patiente ne soit pas seule ou ne se sente pas délaissée.

Pour cela, il faudrait qu'une organisation de ce type puisse se faire au sein de l'équipe. Il faudrait permettre à la sage-femme de s'appuyer sur des professionnels formés à la prise en charge psychologique des patientes lorsque celles-ci en ressentent le besoin. Cette intervention de la part des psychologues semble néanmoins difficilement réalisable durant les nuits.

Par ailleurs, le développement des groupes de paroles au sein des équipes pourrait permettre un partage des expériences. Le partage du vécu de chacun permettrait de développer une discussion éthique autour du sujet et aider chacun à trouver le meilleur moyen d'accompagner les patientes concernées.

Enfin, les bénévoles associatifs des patients pourraient être régulièrement invités aux réunions de service ou de pôle, pour y apporter leur constat, témoigner des difficultés ou des points forts rapportés à l'aune du vécu des personnes hospitalisées.

Ce travail collaboratif permettra de développer les compétences de soin des professionnels en se fondant sur les savoirs expérientiels des patients en complémentarité avec leurs savoirs médicaux. (32)

En effet, « les personnes en situation de grande vulnérabilité ont un savoir expérientiel qu'il convient de valoriser et de partager avec les professionnels ; seules ces personnes sont aptes à le dévoiler ». (32)

2.4.3 Conseils des sages-femmes

Nous avons consacré la dernière question de notre entretien aux éventuels conseils que les sages-femmes pourraient donner à leurs collègues pour accompagner une femme en travail après un antécédent de MFIU.

Armelle a dénoncé les situations qui peuvent blesser ces patientes vulnérables. Par exemple, le rôle des transmissions est primordial dans un travail d'équipe. Elle s'est ainsi exprimée :

« Il faut éviter les boulettes comme "ah c'est votre deuxième" ou "ça été l'allaitement la première fois ?" parce que les auxiliaires ou les infirmières n'ont pas forcément cette notion là et même en salle de naissance ou en suites de couches, il suffit que l'auxiliaire voit que c'est que une deuxième pare et voilà deuxième pare = deuxième enfant. Donc juste plutôt être vigilant avec ça et bien transmettre à toute l'équipe que le premier enfant est décédé ».

D'autres sages-femmes ont mis l'accent sur l'importance de l'expérience dans cette prise en charge. Par exemple Bertille nous a donné son point de vue: *« je pense parfois il faut se faire un peu violence pour les jeunes sages-femmes ou même les vieilles sages-femmes qui ne veulent pas suivre d'IMG, je pense qu'il faut se confronter à tout pour adapter sa prise en charge ».*

De même pour Bernadette : *« il faut que chacune se fasse son expérience. C'est le meilleur des conseils que je peux donner, parce qu'on réagit toutes différemment ».*

Les autres conseils concernaient la nécessité d'aborder le sujet de l'antécédent de la MFIU lors de l'accouchement suivant.

Pour Céline, par exemple, il faut essayer de parler de ce sujet, bien que spontanément la parole va vers l'heureux événement : *« je pense que c'est des situations auxquelles il ne faut pas avoir peur de se confronter et ne pas avoir peur du dialogue, ne pas avoir peur d'en parler pendant le travail, même si c'est le moment où on a envie de parler de belles choses ».*

Pour Bénédicte, le fait de parler du sujet en question peut aider la patiente à faire son deuil: *« Je pense que voilà, il faut la laisser parler et puis détecter les difficultés qu'on peut avoir à gérer la situation, c'est à dire une patiente qui va être complètement braquée, qui va pas vouloir du tout parler (...) une patiente qui se braque oui, qui n'a pas envie de parler qui a un visage un peu fermé, voilà peut-être que le fait de lui en parler va déjà démystifier un peu les choses et ça va permettre comme je te l'ai dit tout à l'heure, de tourner une page ».*

A l'inverse, pour Amandine il ne faut jamais imposer la discussion sur le sujet de l'antécédent : *«chaque femme et chaque couple est très différent et donc surtout*

je pense le plus important c'est d'arriver relativement rapidement à bien cibler et... à voir comment un peu ils ont vécu la chose mais toujours en leur laissant la liberté de l'évoquer. (...) S'il veulent en parler, s'ils veulent dialoguer il n'y a pas de problèmes mais c'est jamais à nous d'imposer le dialogue ».

Anna quant à elle nous a donné un conseil sur la manière de parler du sujet. Il faudrait « *insister sur les choses différentes de cette grossesse. Je sais que pour moi ça a beaucoup marché pour certaines d'entre elles, voilà mettre l'accent sur la nouvelle grossesse et que ça va bien se terminer* ».

Enfin, Clara a mis l'accent sur la vulnérabilité de ces patientes à prendre en compte : « *C'est sur qu'il faut être assez compréhensif si c'est une patiente qui est angoissée ou qui est stressée, qui parle mal ou tu vois il faut essayer de comprendre pourquoi elle a cette attitude là quoi par rapport à son vécu d'avant. Il faut être plus indulgent avec ces femmes-là* ».

Conclusion

Le risque de MFIU est multiplié par 10 lorsqu'il existe un antécédent de MFIU, et s'élève à environ à 3/1000 grossesses. (22) Le risque de récurrence n'est donc pas si anodin. Or, de nombreuses femmes ont une autre grossesse après une MFIU. (33)

Après cet antécédent, une nouvelle grossesse est toujours vécue dans un état d'angoisse par les femmes concernées ; leur vulnérabilité inhérente à l'état de grossesse est alors accrue.

La salle de naissance rappelle au maximum le souvenir de la MFIU à ces patientes et ce sont les sages-femmes qui sont les principaux interlocuteurs au moment du travail et de l'accouchement. Comment accompagnent-elles alors ces femmes vulnérables ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative auprès d'un panel de sages-femmes de deux maternités parisiennes.

Ce travail est alors le premier à avoir abordé le sujet de l'accompagnement des patientes avec un antécédent de MFIU par les sages-femmes en salle de naissance.

Toutes les sages-femmes de notre échantillon ont confirmé l'idée que ces femmes sont vulnérables. Cependant l'attitude des sages-femmes dépendait de leur expérience.

Parmi les sages-femmes qui n'abordaient pas le sujet de la MFIU, la majorité se trouvait dans le groupe A.

Quand le sujet était abordé, 4 sages-femmes sur 7 du groupe A étaient en difficulté devant cette discussion. Dans le groupe B seulement 2 sages-femmes sur 8 étaient en difficulté et aucune dans le groupe C.

Le groupe A s'est majoritairement projeté à la place des femmes lors du suivi de leur travail et trouvait majoritairement que c'était difficile d'accompagner ces patientes. Dans le groupe B, la moitié des sages-femmes se projetait. Dans le groupe C, aucune sage-femme ne s'est projetée à la place de la patiente et toutes trouvaient qu'il n'était pas difficile de les accompagner.

Il apparaît alors y avoir un lien entre le fait de se projeter à la place de la patiente, qui rend alors son accompagnement difficile, et l'expérience.

De même, dans le groupe A, 6 sages-femmes sur 7 sont soulagées lors de la naissance de l'enfant suivant après un antécédent de MFIU, alors que dans le groupe B et C la majorité ne ressentait pas de soulagement. L'expérience permettrait dans ce cas de vivre cet accompagnement plus sereinement.

De plus, notre étude a mis en évidence que la réalisation d'un accouchement d'une femme porteuse d'un enfant mort-né, permet à la sage-femme par la suite d'être plus à l'aise dans son accompagnement lors de l'accouchement de l'enfant suivant.

Une formation approfondie, théorique et pratique, sur l'accompagnement au deuil semble alors nécessaire dès les études de sages-femmes pour permettre à celles-ci d'acquérir de l'expérience.

L'émergence de groupes de paroles pluridisciplinaires et la participation des associations de patients sont autant de pistes qui restent à explorer pour optimiser l'accompagnement des femmes qui ont vécu une MFIU.

Bibliographie

- (1) Conseil de l'ordre des sages-femmes. [référence du 15 avril 2015], http://www.ordre.sagesfemmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_competences/index.htm
- (2) CHÂTEL Tanguy. *Ethique du 'prendre soin': sollicitude, care, accompagnement. Traité de bioéthique*. T1, Paris, Eres. 2011, p.84-94.
- (3) BEAUVAIS Martine. *Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement*, Savoirs, 2004/3 n° 6, p. 99-113
- (4) HENNEZEL Marie et Jean-Yves LELOUP. *L'art de mourir, traditions religieuses et spiritualité humaniste face à la mort aujourd'hui*. Robert Laffront, S.A. Paris, 1997, Club France Loisir. 220p.
- (5) STIEFEL Friedrich et Patrice GUEx. *Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même*. Med Suisse, 2008, p.424-427.
- (6) Euro-Peristat, *Rapport Européen sur la santé périnatale*, INSERM, Paris, 27 mai 2013.
- (7) DE WAILLY-GALEMBERT Diane et al. *Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ?* Réflexions pour une élaboration des pratiques. Devenir, 2012/2 Vol. 24, P.117-139.
- (8) GAREL M. et ETIENNE E. *Le vécu de l'IMG par les sages-femmes en salle de naissance*. Elsevier Masson. La Revue Sage-Femme (2008) **7**, 113—117
doi:10.1016/j.sagf.2008.05.002

(9) CHAMBON, Fanny. *Les étudiants sages-femmes et l'accompagnement au deuil*. Mémoire étudiante sage-femme, Université Paris Descartes, Baudelocque, 2006, 95 p.

(10) DELASSUS Eric, *éthique du care*, cours du master d'éthique du laboratoire d'éthique Paris V, année 2013-2014.

(11) Psychologies.com. [référence du 20 mars 2015],
<http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Vulnerabilite-en-psychiatrie>

(12) Légifrance. Code pénal. Article 223-15-2 Modifié par la loi n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 133)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417799&dateTexte=&categorieLien=cid>

(13) BYDLOWSKI, Monique. *La dette de vie*. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Le fil rouge. Paris. Coll. « puf » 2010. 213p.

(14) CARBONNE, Bruno et Véronique LEJEUNE. *Fausse couches et morts fœtales. Prise en charge des grossesses ultérieures*. Paris, Elsevier Masson, coll. « pratique en gynécologie-obstétrique », 2007, 222p

(15) DE BROCA Alain. *Deuils et endeuillés*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, coll. « médecine et psychothérapie », 4^{ème} édition, 2010, 220p.

(16) VAN AERDE J. *Des directives pour les professionnels de la santé qui soutiennent des familles après un décès perinatal*. Société canadienne de pédiatrie, Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né Paediatr Child Health 2001;6(7):481-90.

(17) WILLINGER M. et al. *The Association of Stillbirth with Depressive Symptoms 6-36 Months Post-Delivery*. Paediatric and Perinatal Epidemiology, février 2015.

- (18) LANCELIN-HUIN, Nathalie. Une grossesse de nouveau. In : *Grossesse interrompue : quand la mort nous dit la vie*. Paris: Mon Petit Editeur, 2014, 189 p.
- (19) LEE Louise et al. *Women's Decision Making and Experience of Subsequent Pregnancy Following Stillbirth*. Journal of Midwifery and Women's Health. 2013.
- (20) CLERO, J-P. La personne vulnérable. In : HERVE C. et S. TZITZIS, *Altérité et vulnérabilité*. Paris : Les études hospitalières, 2014, 80 p.
- (21) SQUIRES Claire, *L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante*, Cliniques méditerranéennes, 2004/1 no 69, p. 269-288. DOI : 10.3917/cm.069.0269
- (22) GAREL Micheline et Hélène LEGRAND, préface du Pr Michel TOURNAIRE. *L'attente et la perte du bébé à naître*. Paris, Albin Michel, 3^{ème} édition, 2005, 251p.
- (23) LAMB, Elizabeth H. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *The journal of perinatal education*, 2002, Vol.11, No.2, p33-40.
- (24) Philonet. [référence du 20 mars 2015], <http://www.philonet.fr/notions/Compas.html>
- (25) BYDLOWSKI Monique, *Le deuil infini des maternités sans objet*, Topique, 2011/3 n° 116, p. 7-16. DOI : 10.3917/top.116.0007
- (26). AUSREY G. et al. Une formation pour accompagner les familles confrontées à la mort et au handicap à l'hôpital. *Les dossiers de l'obstétrique* N°329. Juillet 2004. 31^{ème} année.
- (27) MORIN, Charlotte. *Le vécu des sages-femmes face à la mort en périnatalité : enquête auprès de 123 sages-femmes*. Mémoire diplôme d'état de sage-femme, Université de Rouen, 2010, 72 p.

(28) LOGNEAUX Jean-Michel. *Soignants/soignés: attentes et projections réciproques*. Ethica Clinica, N°30, juin 2003

(29) Clutier-Seguin Jocelyne. *Reprise des antécédents, outil face au traumatisme ? En réponse au cas clinique du Dr A. Morard-Dubey, in Luc Roegiers et Françoise Molénat*, Stress et grossesse ERES « Prévention en maternité », 2011 p. 231-234. DOI : 10.3917/eres.roegi.2011.01.0231

(30) DUMOULIN Maryse. Des morts sans souvenir, la mort des tout-petits. *Etudes sur la mort*, 2008/1 n°133, P.85-89.

(31) JODELET Denise. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. *Les savoirs du quotidien, Transmissions, Appropriations, Représentations*. pp. 235-255. Rennes: Les Presses universitaires de Rennes, 2006, 274 pp.

(32) COMPAGNON Claire et Véronique GHADI. *Pour l'An II de la démocratie sanitaire*. Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé. Paris. Fév 2014

(33) NGUYEN, Amélie. *Pronostic des grossesses après mort fœtale in utero : à propos de 110 grossesses suivies à l'hôpital Saint-Antoine*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Faculté de médecine de Créteil, 2009, 131 p.

Annexes

Annexe I : Questionnaire d'entretien

Dans le cadre de mon mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sages-femmes en 2015, je réalise une étude sur l'attitude des sages-femmes en salle de naissance face à une patiente en travail ayant dans ses antécédents une MFIU. L'expérience du suivi du travail d'une patiente avec cet antécédent n'est pas un critère obligatoire de participation. L'anonymat sera bien entendu respecté.

Avec votre autorisation, je me permettrais de faire un enregistrement audio. Je m'engage à vous fournir les résultats de mon étude si vous souhaitez par la suite.

Si besoin, prenez quelques instants de réflexion avant de répondre.

Début audio.

Préambule : avez-vous déjà suivi le travail d'une femme ayant dans ses antécédents une MFIU ?

-oui

-non

1) Pensez-vous que ces femmes sont vulnérables ? Pourquoi ?

Vulnérable : plus fragile psychologiquement, plus sensible, qui peut être facilement blessé et qui a besoin de soutien.

Pourquoi : qu'est ce qui les rend vulnérables d'après vous?

2) Quand vous prenez connaissance du dossier ou lorsqu'une collègue vous fait les transmissions, quels sentiments vous viennent en premier en lisant/entendant « antécédent de MFIU » ?

OU Que pensez vous ressentir dans ce cas ?

(Rien de particulier, réticence au suivi, peine, stress, compassion, envie de protection)

3) Quels sentiments ressentez-vous envers ces femmes lorsque vous êtes face à elle ?

OU quels sentiments pensez-vous ressentir face à ces femmes ?

(Pitié, compassion, indifférence, gêne, etc)

4) Vous-êtes vous projetée dans la même situation lors du suivi du travail d'une de ces patientes ?

OU vous-êtes vous projetée à la place de la patiente lorsqu'une de vos collègues suivait le travail d'une de ces patientes ?

(Vous-êtes-vous imaginée vivre une telle situation ?)

5) D'après vous, ces femmes sont-elles plus angoissées qu'une femme sans cet antécédent ?

6) Avez vous abordé le sujet ? Si non, pourquoi ?

-si oui, aviez-vous du mal à en parler ?

-si oui, quel(s) mot(s) avez-vous utilisé pour parler de la MFIU ? (nommé tel quel : MFIU ou « votre précédent enfant » ou autre équivalent)

OU Pensez vous que vous aborderiez le sujet ? Si oui/non, pourquoi ?

7) Quelle type de réaction redoutez-vous à l'évocation de l'antécédent de MFIU ?

(Aucune, agression, renfermement, autre)

8) Aviez vous (OU auriez-vous) de l'appréhension à ce que la patiente évoque son antécédent de MFIU ?

9) Comment réagissez (OU réagiriez) vous si la femme évoque son antécédent de MFIU ?

(-vous continuez sur le sujet, vous l'incitez à continuer

-vous montrez que vous avez entendu mais vous préférez ne rien dire

- vous changez de sujet

-Vous êtes gênée)

10) Pensez vous que votre attitude était (OU serait) similaire à celle que vous avez avec les autres patientes sans cet antécédent ?

Si non, en quoi serait-elle différente ?

(Étiez ou seriez-vous plus présente ? surveillance plus attentive du RCF ? Moins/plus de discussions ? Autre)

11) Aviez-vous une difficulté à échanger, à créer un lien avec ces patientes ? (si oui, pourquoi?)

OU Pensez-vous que vous auriez des difficultés à dialoguer avec ces patientes ?

12) Êtes-vous plus émues lors de la naissance de l'enfant suivant, après un antécédent de MFIU ?

OU Pensez-vous que l'accouchement de l'enfant vivant après un antécédent de MFIU est plus émouvant ?

13) Sentiez-vous un soulagement une fois l'enfant né et vivant ?

OU Pensez-vous être soulagée une fois l'enfant né et vivant ?

(Dans le sens « enfin fini et tout va bien » ; autant que pour n'importe quel enfant ; plus que s'il n'y avait pas cet antécédent de MFIU ; soulagement ressenti surtout par rapport à la mère)

14) Dans le post-partum immédiat, êtes-vous plus présente et/ou plus attentive à l'accueil du nouveau-né par la mère ou le couple ?

OU Dans le post-partum immédiat pensez-vous que vous seriez plus présente et/ou plus attentive à l'accueil du nouveau-né par la mère ou le couple ?

15) Pensez-vous qu'avoir l'expérience de la prise en charge des IMG/MFIU modifie l'attitude de la sage-femme face aux femmes avec antécédent de MFIU ? Pourquoi ?

16) Trouvez-vous (OU pensez-vous) qu'il est difficile d'accompagner ces femmes en deuil ?

17) Avez-vous des choses particulières à signaler par rapport au suivi du travail de ces femmes ? (souvenirs, éléments qui vous ont marqués, conseils pour les collègues)

Renseignements généraux.

18) Quel âge avez-vous ?

19) Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ? (En quelle année avez vous obtenu le diplôme de sage-femme ?)

20) Avez-vous des enfants ?

2) Avez-vous déjà connu personnellement une situation de deuil ? et de deuil périnatal ?

(Pas de précisions demandées)

22) Avez-vous déjà accouché une femme d'un enfant mort-né ? Si oui, environs combien de fois ?

23) Avez-vous suivi des cours d'éthique ou une formation concernant l'accompagnement au deuil ou un autre sujet ? Si oui lesquels ?

24) Dans quels services avez-vous travaillé le plus ?

25) Dans quels autres services que la salle de naissance avez-vous rencontré ces patientes avec antécédent de MFIU ?

26) Dans quel type de maternité avez-vous travaillé ?

27) Combien de femmes avec antécédent de MFIU avez-vous suivi en salle de naissance ?

Je vous prie de ne pas dévoiler le contenu de cet entretien à vos collègues afin de ne pas fausser leurs réponses.

Merci d'avoir pris le temps de participer à mon étude.

Annexe II : Entretien d'Anna, groupe A

1) Pensez-vous que ces femmes sont vulnérables ?

- Oui

- **Pourquoi ?**

- Parce qu'au moment de l'accouchement, ce qu'elles ont vécu au moment de la MFIU peut vraiment survenir, je pense que ça dépend beaucoup du terme de la MFIU mais que c'est des femmes qui sont angoissées et voilà déjà que c'est moment très angoissant l'accouchement donc je pense que c'est un moment quand même particulièrement sensible.

2) Quand vous prenez connaissance du dossier ou lorsqu'une collègue vous fait les transmissions, quels sentiments vous viennent en premier en lisant/entendant « antécédent de MFIU » ?

Ben je vais tout de suite penser à comment va se passer la suite et à ce que la dame peut imaginer et se rappeler de ses souvenirs de la MFIU.

- **est-ce que vous avez une réticence au suivi de son travail ?**

Ouais. Je pense que ça met un stress en plus, on doit être un peu plus vigilantes et je pense qu'on l'est parce que ça évoque forcément des sentiments en nous de crainte, d'appréhension...

3) Quels sentiments ressentez-vous envers ces femmes lorsque vous êtes face à elle ?

De la peine un petit peu quand même par rapport à ce qu'elles peuvent vivre. Tout dépend aussi de comment elles, elles ont vécu et à quel terme... un petit peu de tristesse et après quand même beaucoup d'espoir de cette grossesse là qui aboutie à terme ou pas mais en tout cas d'un enfant qui est vivant et bien portant.

4) Vous-êtes vous projetée dans la même situation lors du suivi de travail d'une de ces patientes ?

Ouais, ouais, de se demander comment nous on aurait réagi, ce que ça peut faire de perdre un enfant.

5) D'après vous, ces femmes sont-elles plus angoissées qu'une femme sans cet antécédent ?

Oui j'en suis sûre.

6) Avez-vous abordé le sujet ? Si non, pourquoi ?

- Oui, j'ai pas eu beaucoup de cas mais spontanément elles l'abordent de toute façon. Moi celles que j'ai rencontré, et même si elles l'abordent pas en tout cas je pense qu'il est bien quand même de l'aborder. Je ne sais pas à quel moment mais qu'elle puisse aussi pouvoir en parler.

- Est-ce que vous aviez du mal à en parler ?

- Oui, c'est pas évidemment, mais après moi celles que j'ai rencontré elles le faisaient spontanément. Je pense que c'est pas facile d'aborder le sujet. Moi personnellement j'ai du mal mais il faut essayer de le faire parce que sinon elle peut ne pas oser en parler et il faut vraiment qu'elle puisse sentir qu'on est là pour en parler.

- Quels mots est ce que vous avez utilisé pour qualifier la MFIU ?

- « la dernière fois » et des mots comme ça assez vague. Pas trop de noms... « enfant » quand même parce que c'était des termes avancés mais sinon plus « l'accouchement », « la dernière fois », « la dernière grossesse » ... mais pas le mot 'mort fœtale'.

7) Quelle type de réaction redoutez-vous à l'évocation de l'antécédent de MFIU ?

Qu'elle perde complètement les pieds, heu.... Des pleurs, de ne pas réussir à la reconforter, de la consoler.

8) Aviez-vous de l'appréhension à ce que la patiente évoque son antécédent de MFIU ?

Non, ça pas du tout.

9) Comment réagissez vous si la femme évoque son antécédent de MFIU ?

(Vous continuez sur le sujet, vous l'incitez à continuer ; vous montrez que vous avez entendu mais vous préférez ne rien dire ; vous changez de sujet ; Vous êtes gênée)

Alors j'ai parlé un petit peu du sujet, mais comme c'était au moment de l'accouchement j'ai surtout comparé la différence avec justement la fois d'avant de la MFIU et mis

l'accent vraiment que ça c'était pas du tout déroulé pareil, que là c'est un enfant qui est vivant, que l'accouchement arrive, que ça va bien se passer etc...

-donc vous continuez sur le sujet ?

-je continue sur le sujet mais en insistant quand même sur l'état actuel.

10) Pensez-vous que votre attitude était similaire à celle que vous avez avec les autres patientes sans cet antécédent ? Si non, en quoi serait-elle différente ?

Non, c'est sur que non. Je pense plus d'empathie peut être et plus de temps. J'ai pris plus de temps avec la patiente.

-vous étiez plus présente ?

-oui, plus présente.

-et au niveau de la surveillance du RCF est ce qu'il y avait une différence ?

-non, ça pas particulièrement

-est ce qu'il y a eu plus ou moins de discussions avec la patiente ?

-plus de discussions, plus d'écoute surtout, et plus de présence, plus de temps dans la chambre, pour la rassurer etc...

11) Aviez-vous une difficulté à échanger, à créer un lien avec ces patientes ? (si oui, pourquoi?)

Non c'est des liens qui se sont bien créés, enfin ça c'est assez similaire aux autres femmes, mais elles je sais, notamment l'une d'entre elles, quand j'ai passé un quart d'heure avec elle, elle a vécu ses contacts de façon très très forte.

12) Êtes-vous plus émues lors de la naissance de l'enfant suivant, après un antécédent de MFIU ?

Pas particulièrement.

13) Sentiez vous un soulagement une fois l'enfant né et vivant ?

Ouais, surtout pour elles.

14) Dans le post-partum immédiat, êtes-vous plus présente et/ou plus attentive à l'accueil du nouveau-né par la mère ou le couple ?

Pas particulièrement, ça je pense pas.

15) Pensez vous qu'avoir l'expérience de la prise en charge des IMG/MFIU modifie l'attitude de la sage-femme face aux femmes avec antécédent de MFIU ? Pourquoi ?

Ouais, je pense que c'est une expérience de toute façon qui chaque fois va nous aider à gérer ces situations. C'est pas facile pour les patientes mais c'est pas facile non plus pour les sages-femmes. Il y a une grosse appréhension à toute première MFIU ou IMG et je pense que ça aide de l'avoir vécu, de voir comment ça se passe, comment les mères réagissent pour pouvoir après en parler avec elles.

16) Trouvez-vous qu'il est difficile d'accompagner ces femmes en deuil ?

C'est pas évident.

17) Avez vous des choses particulières à signaler par rapport au suivi du travail de ces femmes ? (souvenirs, éléments qui vous ont marqués, conseils pour les collègues)

Ben ce qui m'a marqué c'est vraiment ce que les femmes peuvent retenir de notre présence même si elle est très très courte, parce qu'elles sont très réceptives à tous les liens, à toutes les personnes qui les encadrent ; et des conseils c'est... de passer du temps avec tout le monde mais surtout avec ces femmes et d'insister sur les choses différentes de cette grossesse. Je sais que pour moi ça a beaucoup marché pour certaines d'entre elles, voilà mettre l'accent sur la nouvelle grossesse et que ça va bien se terminer, etc...

Renseignements généraux.

18) Quel âge avez-vous ?

25

19) Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

1 an

20) Avez-vous des enfants ?

Non

2) Avez-vous déjà connu personnellement une situation de deuil ? Et de deuil périnatal ?

Oui, non

22) Avez vous déjà accouché une femme d'un enfant mort-né ? Si oui, environs combien de fois ?

Oui, 3

23) Avez-vous suivi des cours d'éthique ou une formation concernant l'accompagnement au deuil ou un autre sujet ? Si oui lesquels ?

Oui mais légère, formation initiale à l'école

24) Dans quels services avez-vous travaillé le plus ?

Salle de naissance

25) Dans quels autres services que la salle de naissance avez-vous rencontré ces patientes avec antécédent de MFIU ?

Centre d'explorations fonctionnelles et les suites de couches

26) Dans quel type de maternité avez-vous travaillé ?

2 et 3

27) Combien de femmes avec antécédent de MFIU avez-vous suivi en salle de naissance ?

2

Annexe III : Entretien de Belinda, groupe B

1) Pensez-vous que ces femmes sont vulnérables ? Pourquoi ?

-Oui, probablement. Alors après ça dépend si elles ont eu d'autres enfants par la suite ou si c'est la seule grossesse qu'elles aient eue avant, parce que je pense que l'accouchement doit forcément, enfin le nouvel accouchement, doit forcément faire ressurgir ces événements là, ces antécédents là, donc elles sont plus vulnérables psychologiquement. Après, physiquement non elles ne sont pas plus vulnérables, médicalement non plus mais en tout cas psychologiquement oui.

2) Quand vous prenez connaissance du dossier ou lorsqu'une collègue vous fait les transmissions, quels sentiments vous viennent en premier en lisant/entendant « antécédent de MFIU » ?

-C'est très partagé. D'abord, ben il doit y avoir une petite part de psychologie plus importante chez ces patientes là, il faudra être plus disponible, plus réceptive et heu... voilà plus disponible pour ces patientes, une écoute plus importante.

-une envie de protection ?

-non, pas forcément

-compassion ?

-peut être oui, plus de compassion. Enfin après je pense que tout dépend de la patiente qu'on a en face de nous et du caractère, de la réaction qu'elles peuvent avoir mais d'un premier abord je pense compassion oui effectivement.

3) Quels sentiments ressentez-vous envers ces femmes lorsque vous êtes face à elles ?

-Heu pareil, ça dépend énormément de la réaction qu'elles ont, dans quel contexte elles se sentent. Est-ce que effectivement elles-mêmes se sentent vulnérables, est-ce qu'elles ont un souvenir aussi pas forcément négatif mais peut être un événement malheureux mais qui s'est quand même déroulé je dirais médicalement correctement avec une équipe bien présente à ce moment là et qui l'a soutenu. Après voilà, si elle revient chez nous c'est que je suppose que elle a un souvenir relativement correct.

La question exacte du coup ? je me suis éparpillée...

-quels sentiments ressentez-vous envers ces femmes lorsque vous êtes face à elles ?

-c'est très variable d'une patiente à l'autre je pense. On s'adapte, en fonction du sentiment et de la vulnérabilité de la patiente.

-qu'est-ce qui vous est déjà arrivé de ressentir face à ces patientes ? pitié, compassion, indifférence ? gêne ? autre ?

-pitié non ; compassion ça dépend de la patiente ; indifférence surement pas ; gêne ça dépend de comment la patiente en parle : si elle l'évoque, si ce n'est pas un sujet tabou pour elle, si voilà si une patiente est capable d'en parler au moment de son accouchement en disant « vous savez j'ai déjà accouché » etc, je pense que du coup on va avoir moins de difficultés avec le sujet qu'avec une patiente qui est dans le retrait, le replis, plutôt discrète, renfermée voilà. Je pense que ça dépend énormément de la patiente qu'on a en face de nous, énormément.

4) Vous-êtes vous projetée dans la même situation lors du suivi du travail d'une de ces patientes ?

Non

5) D'après vous, ces femmes sont-elles plus angoissées qu'une femme sans cet antécédent ?

Alors ça dépend de l'origine de la mort fœtale je dirais, ça dépend du terme de la mort fœtale. Oui je pense que globalement elles sont plus angoissées, enfin les quelques femmes que j'ai vues.

6) Avez-vous abordé le sujet ? Si non, pourquoi ?

-Alors le sujet est toujours un peu délicat à aborder mais heu... voilà comme je viens de le dire, si elles, elles mettent le sujet sur le devant d'emblée, je pense que du coup effectivement on a l'occasion de soutenir la brèche, ou sinon je trouve que c'est délicat de remettre ça alors qu'on est sur un nouvel événement, essentiellement quand même plus heureux, et ne pas mélanger les situations.

Si elle ne l'aborde pas, je pense que je ne l'aborderais pas.

-d'accord, et pourquoi ?

-parce que je pense que voilà, c'est une nouvelle vie qui démarre et je pense qu'il ne faut pas mélanger, ne pas faire d'amalgame, si elle en parle très bien j'ai une oreille attentive mais si elle n'en parle pas je pense, enfin mon sentiment c'est de ne pas l'évoquer pour éviter de... enfin je pense qu'une page est tournée mais ça dépend peut

être aussi du délai entre les événements. Je pense qu'une fois que la page est tournée, une nouvelle grossesse... Ouais faut pas mélanger les événements.

-Ok, et quand c'est arrivé que vous en avez parlé, est ce que vous aviez du mal à en parler ?

-je n'étais pas très à l'aise effectivement mais heu... je pense que avant tout il faut s'adapter à la patiente qu'on a et si la patiente en parle aisément je pense que voilà il sera plus simple d'en discuter. Sinon c'est vrai que pour moi c'est plutôt délicat de revenir sur ce sujet là... surtout quand il y a une nouvelle grossesse. Enfin je pense que si elle n'en parle pas, c'est qu'il y a une page de tournée et que du coup on a un nouvel événement sur lequel il faut plutôt s'ouvrir, c'est une nouvelle page qui s'ouvre oui.

-quand vous en avez parlé, quels mots avez-vous employé pour qualifier la MFIU ? « MFIU » tel quel ou...

- ah non je pense que « MFIU » ça leur parle pas franchement, c'est un terme franchement médical et que mort fœtale... non je dirais « grossesse précédente », « la grossesse que vous avez perdue ». A vrai dire je ne me souviens pas des mots que j'ai utilisés mais... voilà je dirais « précédente grossesse », « la première grossesse ou la deuxième », etc.

7) Quelle type de réaction redoutez-vous à l'évocation de l'antécédent de MFIU ?

-Heu.... Pas grand chose en fait. J'ai pas d'angoisses à la réaction de la patiente, je ne veux juste pas la mettre mal à l'aise, mais si ça vient je préfère que ça vienne d'elle et que, que voilà. Si elle n'en parle pas c'est que j'estime que je n'ai pas besoin de lui en parler. Ou alors en lui disant qu'effectivement j'ai conscience de ses antécédents et que s'il y a besoin d'en parler, c'est à elle d'en parler. Si j'en parle je ne redoute pas spécialement de réaction de sa part.

8) Aviez-vous de l'appréhension à ce que la patiente évoque son antécédent de MFIU ?

Non

9) Comment réagissez-vous si la femme évoque son antécédent de MFIU?

(Vous continuez sur le sujet, vous l'incitez à continuer ; vous montrez que vous avez entendu mais vous préférez ne rien dire ; vous changez de sujet ; Vous êtes gênée)

- Non, je suis plutôt... heu si c'est elle qui parle, je trouve ça plus facile pour nous, enfin pour moi en tout cas, de continuer d'en discuter, pas forcément à moi d'en parler mais voilà la guider si elle veut continuer à parler, d'être une oreille attentive quitte à s'asseoir. Prendre un peu plus de temps à être là, reprendre ses mots sans pour autant aller chercher plus loin car médicalement on a les infos donc c'est pas tant ça qu'on recherche c'est plutôt éventuellement voir si elle a besoin d'en parler. La laisser parler voilà, être plutôt une oreille attentive.

10) Pensez-vous que votre attitude était similaire à celle que vous avez avec les autres patientes sans cet antécédent ?

-Heu... d'un premier abord je ne crois pas. C'est compliqué, c'est toujours pareil, ça dépend des patientes. Une fois que le premier contact est passé et qu'éventuellement on a évoqué le sujet et qu'il y a peut-être eu d'autres grossesses, d'autres enfants... d'autres enfants je pense que ça facilite du coup le contact. S'il n'y a en pas eu et que la dernière grossesse c'est la MFIU, je pense qu'effectivement il y a un premier contact difficile. Je pense que c'est le premier contact sur lequel on doit être un petit peu différent, où on a une vision différente. Par contre par la suite je pense qu'une fois que le contact a été établi, je pense que les rapports sont les mêmes.

-est ce que vous étiez plus ou moins présente ? Ou pareil ?

-Pareil. Après si la patiente éprouve le besoin d'en discuter, du coup forcément plus présente mais d'un premier abord je pense que la présence est la même

-et au niveau de la surveillance du rythme cardiaque fœtal ?

-hum, ça dépend de l'origine de la mort fœtale, mais en soit non, ça sera la même.

11) Aviez-vous une difficulté à échanger, à créer un lien avec ces patientes ?

-Non

12) Êtes-vous plus émues lors de la naissance de l'enfant suivant, après un antécédent de MFIU ?

-C'est des réponses un peu batardes hein mais c'est... je pense que c'est toujours en fonction de la patiente. Si la patiente a une vraie émotion avec cet atcd là pour que les autres, je pense que... l'émotion sera différente mais après heu... les mots exacts de ta question c'est quoi ?

-Êtes-vous plus émue ?

-Non, pas plus que ça.

13) Sentiez-vous un soulagement une fois l'enfant né et vivant ?

-Non

14) Dans le post-partum immédiat, êtes vous plus présente et/ou plus attentive à l'accueil du nouveau-né par la mère ou le couple ?

-Oui. Oui. Pourquoi ? Un sentiment de.... Pas 2 fois quoi, c'est pas possible.

15) Pensez-vous qu'avoir l'expérience de la prise en charge des IMG/MFIU modifie l'attitude de la sage-femme face aux femmes avec antécédent de MFIU? Pourquoi ?

-Ah heu Une fois qu'on sait par là où elles sont passées, est ce qu'on a une autre vision de son accouchement suivant... Heu... non je pense pas parce qu'elles accouchent toutes différemment même pour une mort fœtale et qu'on peut pas savoir ce qui s'est passé à l'accouchement précédent.

Ça m'aide pas plus non.

16) Trouvez-vous qu'il est difficile d'accompagner ces femmes en deuil ?

-Quand on est là pour la mort fœtale ou l'accouchement d'après ?

-accouchement d'après

-hum ... ça dépend du délai aussi. Enfin je souhaite qu'elles arrivent avec un deuxième enfant et qu'elles aient déjà fait leur deuil. Je pense que pour cet deuxième enfant c'est quand même beaucoup plus positif. Les aider... heu malheureusement on les a sur une courte période et je pense que c'est difficile de tisser un lien vraiment important qui puisse vraiment les aider.

-est ce que c'est difficile de les accompagner pendant le travail ?

-mais je ne pense pas qu'elles soient en deuil. Non, donc je pense pas que c'est difficile. Enfin, moi je trouve pas que c'est difficile.

17) Avez-vous des choses particulières à signaler par rapport au suivi du travail de ces femmes ? (souvenirs, éléments qui vous ont marqués, conseils pour les collègues)

-Non, parce qu'à partir du moment où t'as pris contact avec la patiente et que t'as réussi à créer un lien où tu te rends bien compte que c'est une femme comme une autre, enfin ou qui n'a pas forcément... enfin je suis pas sûre qu'elles soient en deuil en fait.

Je pense que chacune d'entre nous est différente et on agit comme on le sent. Moi si j'ai envie d'en parler et que ça me met à l'aise et que au contraire ça dédramatise ben j'en parlerais. Par contre si ma collègue elle se voit pas du tout d'enchaîner sur le sujet, je ne vais pas lui dire de le faire non, je pense que chacune d'entre nous a sa façon de s'approcher de ça.

Renseignements généraux.

18) Quel âge avez-vous ?

38

19) Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

14 ans

20) Avez-vous des enfants ?

Oui

2) Avez-vous déjà connu personnellement une situation de deuil ? et de deuil périnatal ?

Oui, Non

22) Avez vous déjà accouché une femme d'un enfant mort-né ? Si oui, environs combien de fois ?

Oui. 5 en tout, enfin moins de 10 en tout cas

23) Avez-vous suivi des cours d'éthique ou une formation concernant l'accompagnement au deuil ou un autre sujet ? Si oui lesquels ?

3 pauvres cours sur le deuil en formation générale. Sinon DIU d'écho

24) Dans quels services avez vous travaillé le plus ?

Salle de naissance

25) Dans quels autres services que la salle de naissance avez vous rencontré ces patientes avec antécédent de MFIU ?

échographie, consultations

26) Dans quel type de maternité avez-vous travaillé ?

niveau 1

27) Combien de femmes avec antécédent de MFIU avez-vous suivi en salle de naissance ?

Une dizaine. Enfin, sincèrement aucune idée, comme quoi les patientes avec une MFIU ne m'ont pas marquée tant que ça (rire).

Annexe IV : Entretien de Clara, groupe C

1) Pensez-vous que ces femmes sont vulnérables ?

-oui

-pourquoi ?

-parce que ce sont des femmes qui sont plus angoissées, plus stressées et que tant qu'elles n'ont pas vu leur bébé vivant sur leur ventre je pense qu'elles ont des craintes quoi.

2) Quand vous prenez connaissance du dossier ou lorsqu'une collègue vous fait les transmissions quels sentiments vous viennent en premier en lisant ou en entendant « antécédent de MFIU » ?

-quels sentiments ?

-oui, rien de particulier ? Une réticence au suivi ?

-ah... non mais je me dis « ah la pauvre, elle a pas eu de chance » (rire). Ben voilà j'ai plus de l'empathie pour elle plus que... voilà je m'attends déjà à avoir une patiente plus stressée qu'une autre... plus angoissée qu'il va falloir rassurer d'avantage.

3) Quels sentiments ressentez-vous envers ces femmes lorsque vous êtes face à elles ?

-ben.. heu.. quels sentiments... moi je la prends en charge comme une patiente classique hein et après je ne suis pas tout le temps dans ma tête en train de penser « alala son antécédent.. » donc quand je suis face à elle, sauf si elle m'en parle, je ne ressente rien de particulier.

4) Est ce que vous vous êtes projetée dans la même situation ?

- Moi si je me projette ?

-oui, lorsque vous avez suivi le travail de ces femmes, est ce que vous vous êtes projetée dans la même situation qu'elles ?

-heu... non (rire). Non moi je ne me dis pas « alala moi si j'avais eu une mort in utero et qu'ensuite.. » ben alors peut-être plus les sages-femmes qui ont déjà des enfants et... enfin si, je me dis bien que, j'imagine quand même ce qu'elle doit vivre tu vois, je me l'imagine mais après je me dis pas « alala si ça m'arrivait à moi... »

5) D'après vous ces femmes sont elles plus angoissées qu'une femme sans cet antécédent ?

-oui

6) Est ce que vous avez abordé le sujet ? Si non, pourquoi ?

-si j'aborde le sujet avec la patiente de son antécédent ?

-oui

-heu non, je ne l'aborde pas, alors sauf si elle, elle m'en parle ou si heu... si je veux débloquent quelque chose mais sinon, non de prime abord je ne vais pas lui en parler parce que je pense que ça va remuer le passé. Là elle est sur son accouchement, elle est dans quelque chose de positif avec cet enfant donc je ne vais pas re rappeler « alors en 2007, ou il y a 5 ans, vous avez perdu un bébé... » donc non je ne vais pas remuer le couteau dans la plaie, sauf si après je vois qu'elle est... Voilà si elle montre des signes d'angoisse extrême, je pourrai lui redire que maintenant c'est différent, que le bébé va bien, qu'elle est prise en charge, qu'elle va accoucher bientôt. Je peux en reparler si vraiment elle, elle montre des signes d'inquiétude extrême, mais sinon, non j'en parle pas.

7) Quel type de réaction redoutez-vous à l'évocation de l'antécédent de MFIU?

-...

-Si vous, vous l'évoquez en premier, quel type de réaction est ce que vous redoutez ?

-Si j'en parlais par exemple ?

-oui

-heu... ben qu'elle se mette à pleurer ou heu...

-qu'elle se renferme ?

-oui, qu'elle se renferme oui, ou qu'elle se braque en disant heu... La question c'est pourquoi je ne le fais pas ? Pourquoi je n'en parle pas ? Ben parce que j'ai pas envie de lui faire penser à des choses heu... je pense qu'elle y pense déjà assez elle-même et que ça sert à rien d'aller lui en reparler. Après je pense que si elle, elle veut en parler on peut, enfin voilà je lui laisse la porte pour en parler mais je n'aborde pas le sujet. J'ai pas envie de la peiner quoi.

8) Est-ce que vous aviez de l'appréhension à ce que la patiente l'évoque d'elle même ?

-non

9) Comment réagissez vous si la femme l'évoque ? Vous continuez sur le sujet, vous l'incitez à continuer, vous montrez que vous avez entendu mais vous préférez ne rien dire, vous changez de sujet...

-ah ben non, si elle m'en parle spontanément, je vais creuser, je vais plus parler avec elle de son vécu...

10) Pensez-vous que votre attitude était similaire avec ces femmes et avec les autres patientes ?

-oui, mon attitude est similaire par rapport à une autre patiente.

-Vous n'étiez pas +/- présente, la surveillance du rythme était identique... ?

-oui

11) Est-ce que vous aviez des difficultés à échanger, à créer un lien avec ces patientes ?

-heu non, la plupart du temps ça va, mais la plupart du temps elles ne parlent pas de leur antécédent ; et puis surtout au moment de l'accouchement. Elles en ont peut-être beaucoup plus parlé de ça pendant leur grossesse mais à ce moment là du suivi du travail c'est rare qu'elles l'abordent. Mais après on voit bien que tant qu'elles n'ont pas vu leur bébé, on le ressent quoi.

12) Etes vous plus émue lors de la naissance de l'enfant suivant ?

-non (rire)

13) Sentiez-vous un soulagement une fois l'enfant né et vivant ?

-non, ben non parce que je m'attends quand même à ce qu'il soit né vivant tu vois. Que la mère ait des craintes par rapport au fait que son enfant soit vivant oui, mais moi j'ai pas de crainte à ce qu'il aille bien parce que voilà dans notre métier heureusement qu'on est pas toujours en train de penser à... Enfin je me dis pas tout le temps « ouff celui là il est vivant ! » (rire). Non non j'ai pas de craintes et je ne me dis pas « oulala c'est cool on en a sauvé un et tant mieux pour cette patiente.

14) Dans le post-partum immédiat, êtes-vous plus présente et/ou plus attentive à l'accueil du nouveau né par la mère/le couple ?

- ben... pfff, franchement en général il n'y a pas de problèmes à l'accueil, parce qu'ils sont tellement en attente d'un enfant, tu vois, c'est hyper émouvant en général, les parents quand ils ont eu un antécédent comme ça, donc non je ne suis pas forcément plus présente parce que ça se passe bien quoi.

15) Pensez vous qu'avoir l'expérience de la prise en charge des IMG/MFIU modifie l'attitude de la sage-femme face aux femmes avec antécédent de MFIU ?

-(réflexion...) Ben... heu c'est sur que le fait de suivre des IMG/MFIU par exemple, ça nous apprend à connaître les réactions des femmes face à ces situations donc du coup après quand on a une grossesse avec un bébé vivant et cet antécédent là, on est plus à même de comprendre ce par quoi elle est passée, puisqu'on s'est occupé de ces femmes là avant. Donc on comprend mieux ces femmes, on sait par quoi elles sont passées et tout ça.

Ta question c'était pas ça ?

-si si, mais au niveau de l'attitude du coup est ce que ça change un peu la prise en charge ou non ?

-ben en même temps c'est notre métier donc je sais pas, si par exemple heu.. enfin c'est le métier de sage-femme de suivre les IMG et MFIU donc après si je connaissais pas ce côté du métier mon attitude est ce qu'elle serai différente ? hum je ne crois pas, mais je connaitrais quand même moins ces situations donc bon mais non je dirai non.

16) Trouvez vous qu'il est difficile d'accompagner ces femmes en deuil ?

-ben... elles sont pas vraiment en deuil là quand on les voit parce qu'il y a la naissance d'un autre enfant, mais heu.. tout dépend de la réaction de la patiente. Moi j'ai jamais eu de problèmes, tu vois où elles se mettent à pleurer parce qu'elles pensent à leur antécédent de MFIU, ou qu'elle fond des... comment on appelle ça... des liens ou des transferts. J'ai pas eu le cas moi. Quand elles ont un nouvel enfant voilà. Et ta question c'était ?

-est ce qu'il est difficile de suivre ces femmes ?

-ben difficile heu non. Ca fait partie de notre métier quoi. C'est sur qu'on comprend mieux leur réaction de part leur vécu d'avant parce qu'elles sont quand même pas pareilles que les autres quoi.

17) Avez-vous des choses particulières à signaler pour le suivi du travail de ces femmes, comme des souvenirs, des choses qui vous ont marqué ou des conseils pour les collègues ?

- je réfléchis mais non j'ai pas de choses qui m'ont marqué. C'est sur qu'il faut être assez compréhensif si c'est une patiente qui est angoissée ou qui est stressée, qui parle mal ou tu vois il faut essayer de comprendre pourquoi elle a cette attitude là quoi par rapport à son vécu d'avant. Il faut être plus indulgent avec ces femmes là.

On va passer aux renseignements généraux.

18) Quel âge avez-vous ?

-31 ans

19) Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

-7 ans

20) Avez vous des enfants ?

-non

21) Avez-vous déjà connu personnellement une situation de deuil ou de deuil périnatal ?

-non et non

22) Avez-vous déjà accouché une femme d'un enfant mort né ? Environ combien de fois ?

-oui, 50 fois peut être, j'en sais rien.

23) Avez-vous suivi des cours d'éthique ou une formation concernant l'accompagnement au deuil ou un autre sujet ?

-oui, pendant les études on avait ces cours là

24) Dans quel service avez-vous travaillé le plus ?

-en Salle de naissance

25) Dans autre service que la salle de naissance avez-vous rencontré ces patientes ?

-suites de couches, grossesse à haut risque, urgences, partout en fait (rire)

26) Dans quel type de maternité avez-vous travaillé ?

-dans du niveau 1, du niveau 2 et du niveau 3 la plus part du temps.

27) Combien de femmes avec antécédent de MFIU avez-vous suivi en salle de naissance ?

- je dirais peut être 20-30.

Titre et Résumé

Accompagnement en salle de naissance des femmes avec un antécédent de mort fœtale in utéro : analyse du point de vue d'un panel de sages-femmes

La mort fœtale in utéro (MFIU) est un événement traumatique qui peut fragiliser l'équilibre psychologique de la femme lors d'une grossesse ultérieure. L'accouchement de l'enfant suivant, rappelant la confrontation avec l'enfant mort-né, est alors un moment fortement redouté qui peut générer un regain d'angoisses chez ces patientes.

L'accompagnement et la pratique de l'accouchement d'un enfant mort-né fait parti du rôle d'une sage-femme en salle de naissance. Celles-ci ne sont pas insensibles à la confrontation à la mort, une situation non anodine en maternité.

Notre étude est une étude qualitative auprès de 20 sages-femmes de deux maternités parisiennes, se basant sur des entretiens semi-directifs. Elle avait pour but d'analyser le point de vue des sages-femmes sur l'accompagnement en salle de naissance des patientes vulnérables ayant dans leurs antécédents une MFIU. Nous avons étudié l'attitude des sages-femmes face à ces femmes.

Les résultats de notre étude vont dans le sens d'un accompagnement facilité en corrélation avec le niveau d'expérience. Les sages-femmes ayant été moins confrontées à ces patientes abordaient moins facilement le sujet de l'antécédent de la MFIU. De même, elles avaient tendance à se projeter à la place de la patiente et trouvaient qu'il était difficile d'accompagner ces femmes. Enfin, l'expérience d'accoucher des femmes porteuses d'un enfant mort in utéro semble permettre aux sages-femmes d'être plus à l'aise dans leur accompagnement des patientes accouchant d'un enfant vivant lors d'une grossesse ultérieure.

L'attitude des sages-femmes semble alors différer en fonction de l'expérience, bien que les points de vue soient parfois divergents quant à la nécessité d'aborder le sujet de l'antécédent de MFIU lors de l'accouchement de l'enfant suivant.

Mots-clés : antécédent de MFIU, accompagnement, sages-femmes, expérience

Title and Abstract

Support in a delivery room of women with history of fetal death: Analysis from the perspective of a panel of midwives

Fetal death (FD) is a traumatic event that can weaken the psychological balance of women during a subsequent pregnancy. The birth of the next child, reminding the confrontation with the stillborn child, is thus a highly dreaded moment that can generate a surge of anxiety in these patients.

The support and the practice of the delivery of a stillborn child is part of midwives' role in the delivery room. They are not insensitive to the confrontation with death, a non-trivial situation in maternity ward.

Our study is a qualitative study with 20 midwives from two Parisian maternities, based on semi-structured interviews. It aimed to analyse the views of midwives on support in the delivery room of vulnerable patients with history of a FD. We studied the attitude of midwives in front of these women.

Results of our study show that a better support of patient is correlated with the level of experience. Midwives who have been less confronted to FD, don't talk easily about it. In addition, they tended to project themselves as the patient and then, found it difficult to take care of these women. At last, the experience of giving birth in women carrying a fetal death appears to allow midwives to be more comfortable in their accompaniment of patients giving birth to a child of a subsequent pregnancy.

The attitude of midwives seems different depending on experience, although the views are sometimes divergent on the need to talk about with the patient of her history of fetal death, during the subsequent childbirth.

Keywords : History of fetal death, support, midwives, experience